UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1973 — N°.....

LA KYSTODUODENOANASTOMOSE DANS LE TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

THESE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE MENTION MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 7 Juillet 1973

par

EL-MOUGHRABI Taha

Né le 26 Février 1944 à HOMS (Syrie)

Membres du Jury

MM. H. MANSOURI	: Professeur de Pathologie Chirurgicale.....	PRESIDENT
B. MENTOURI	: Professeur de Chirurgie Générale.....	JUGES
G. ILLOUL	: Professeur de Gastro-Entérologie.....	
A.S. BENDALI	: Professeur de Chirurgie Générale.....	

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1973 — N°.....

LA KYSTODUODENOANASTOMOSE DANS LE TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

THESE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE MENTION MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 7 Juillet 1973

par

EL-MOUGHRABI Taha

Né le 26 Février 1944 à HOMS (Syrie)

Membres du Jury

MM.	H. MANSOURI	: Professeur de Pathologie Chirurgicale.....	PRESIDENT
	B. MENTOURI	: Professeur de Chirurgie Générale.....	JUGES
	G. ILLOUL	: Professeur de Gastro-Entérologie.....	
	A.S. BENDALI	: Professeur de Chirurgie Générale.....	

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

SERMENT d' HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE

A mon père et à ma mère,

Faible témoignage de ma profonde affection

A mes frères et soeurs,

pour l'amour qu'il m'ont toujours manifesté

A tous mes amis et plus particulièrement à mes camarades d'étude qui sont arrivés avec moi en Algérie, en Octobre 1963.

A notre maître et président de thèse,

Monsieur le Professeur MANSOURI H.

Il nous a fait le grand honneur de nous inspirer ce sujet de thèse et d'en présider le Jury, il nous a confié un travail original effectué par la jeune école algérienne qui nous a formés et qui nous est très chère.

Durant 19 mois de stage dans son service, il nous a appris le sérieux et la précision dans le travail.

Il ne nous a ménagé ni son temps précieux, ni sa grande expérience,

Il nous a guidés pas à pas avec une bienveillance incomparable jusqu'à la réalisation complète de son travail.

Nous ne pouvons ici, qu'imparfaitement, lui exprimer notre respect et notre gratitude.

A notre Jury,

A notre maître, monsieur le Professeur MENTOURI B.,

Nous avons toujours apprécié ses grandes qualités humaines et sa rigueur scientifique.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Veuillez trouver ici, le témoignage de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A notre Maître, Monsieur le Professeur G. ILLOUL,

Nous avons eu le grand privilège de faire un stage dans son service.

Son enseignement brillant, tant à la faculté qu'au lit du malade et l'étendue de ses connaissances ont toujours suscité notre admiration.

Il n'a jamais cessé de nous témoigner ses encouragements et de nous guider par ses précieux conseils.

Nous ne pouvons que bien imparfaitement lui exprimer ici, notre respectueux attachement.

A notre Maître, Monsieur le Professeur BENDALI A.S ,

Il nous a toujours accueilli avec bienveillance,
il nous a prodigué ses conseils compétents.

Il nous a toujours reçu avec un sourire encourageant
et n'a épargné aucun effort pour nous aider.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer dans
cette étude, notre immense gratitude.

A Monsieur le Professeur agrégé HAFFNER,

Nous espérons ne jamais oublier ce qu'il nous a appris.

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine d'Alger,

A nos Maîtres des hôpitaux et notamment à messieurs les Professeurs :

EL OKBI A.

CHITOUR S.

en témoignage de notre profonde reconnaissance

A monsieur le Docteur BENABADJI R.,
en faible témoignage de reconnaissance pour l'aide effective et son encouragement permanent tout le long de ce travail.

A monsieur le Docteur HASSAN KHODJA F.,

en remerciement pour l'aide précieuse qu'il nous a toujours accordé.

A ceux qui nous ont aidé dans la réalisation de ce travail en particulier Dr HADJIAT N.

Dr BERIKSI D.

Dr KANAFANI F.

.../..

Au personnel médical et para médical du service SEDILLOT,

A messieurs BAIRI M. et BAIRI S.

A monsieur BRAHIMI,

Au personnel de l'Union Médicale Algérienne pour sa collaboration technique, en particulier Melle OULD-KACI Y.

LA KYSTODUODENOANASTOMOSE DANS LE TRAITEMENT des KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

P L A N

I - Introduction

II - Bases anatomophysiopathologiques

III- Bases cliniques et diagnostiques

IV - Rappel du traitement du kyste hydatique du foie

- Techniques utilisées dans notre service
- Nos résultats

V- La Kystoduodenoanastomose

VI- Nos observations

VII- Conclusion:

-=-=-=-

I N T R O D U C T I O N

--=oOo=--

Affection bénigne, l'hydatidose hépatique en pays maghrebin demeure préoccupante et continue à poser malgré tout des problèmes importants.

Parmi ces problèmes, la recherche de techniques chirurgicales simples et répondant à tous les cas rencontrés reste encore à trouver afin de diminuer et la mortalité et la morbidité de cette maladie.

En effet, LA MORTALITE DEMEURE ENCORE ELEVEE ; BOURGEON a une mortalité globale de 8,3 %, FERHAT de Tunis : 9,4 %, SEROR : 14,5 %, HADJIEV de Constantine : 9 %. Seule la statistique de GUEDJ ne comporte qu'une mortalité de 5,6 %, H. MANSOURI : 13,5 % en 1966 et plus récemment (1970) 12 %. Ces chiffres sont en désaccord avec les chiffres donnés par les auteurs européens : KEPP ne rapporte aucun décès, YOVANOVITCH a une mortalité de 5,2 %, KOURIAS donne une mortalité de 5,7 %.

Ces différences considérables entre les statistiques européenne et maghrebine sont dues essentiellement au fait que les malades porteurs de K.H.F. qui viennent nous consulter, présentent une affection beaucoup plus évoluée que celle des malades européens : l'âge,le volume considérable, la multiplicité des kystes, leur degré d'infection, leur retentissement sur les éléments nobles du pédicule hépatique et les réinterventions expliquent, à nos yeux, la mortalité encore élevée dans notre pays. C'est ce que HADJIAT a tenté d'analyser dans sa thèse (1970).

Un deuxième fait mal étudié par la majorité des auteurs reste préoccupant : c'est la morbidité de ces kystes : Nous l'avons chiffrée globalement à 22 %. Cette morbidité est

un facteur d'allongement des délais d'hospitalisation et donc, d'un coût élevé dans le traitement de cette maladie.

Le traitement chirurgical classique comporte deux données essentielles :

- Le traitement du contenu du kyste lui-même actuellement bien codifié et non discuté.

- Le traitement de la cavité restante qui a donné lieu à de nombreuses techniques ; certaines de ces techniques dites radicales suppriment cette cavité, mais elles ont l'inconvénient d'être grevées d'une mortalité importante. D'autres laissent en place cette cavité et tentent de la drainer ou de la réduire : le taux de mortalité est moindre mais le taux de morbidité est plus important.

C'est en essayant d'améliorer nos techniques opératoires et après avoir, au fil des années, utilisé presque toutes les techniques classiques, que nous avons pensé à une intervention d'exécution simple, semblant dans certains cas bien précis régler ce problème de la cavité restante.

Sans prendre connaissance des travaux de l'école roumaine et nous inspirant de la kystojejunostomie utilisée par GOINARD et PELISSIER, *nous avons pratiqué depuis 1967 une méthode de drainage interne : la Kysto-duodenostomie.*

LE BUT de notre travail base sur 21 cas est d'exposer cette technique :

- ses indications
- ses résultats

Auparavant, il nous faudra rappeler certaines bases anatomo-physiopathologiques et cliniques indispensables à la justification de notre technique.

MATERIEL D'ETUDE

-=-=-=-

TABLEAU DE STATISTIQUE GLOBALE

-=-=-=-=-=-

1965 - 1972 (8 ans)

Nombre de malades porteurs de K.H.	-	258
Nombre de malades opérés	-	240
Nombre de malades non opérés	-	18
Nombre de K.H. traités	-	427

-=-=-

BASES ANATOMOPHYSIOPATHOLOGIQUES

Dans ce chapitre, certaines données désormais classiques depuis les travaux de l'école de BOURGEON ne seront pas reprises. Nous étudierons essentiellement la morphologie des kystes et surtout les lésions anatomiques qu'il engendre, *d'après notre statistique.*

I - LE KYSTE

A) VOLUME DES KYSTES

Cause d'une cavité restante après traitement, les kystes volumineux constituent un grand facteur de gravité ; dans notre série de 231 malades opérés dans le service, nous avons pu ainsi relever (Tableau)

Volume	1/2 L	1/2-1 L	1 - 2 L	2 - 3 L	Au dessus 3 L
Nombre	26	28	58	29	11
%	17	18,4	38	19	7,2

On remarque que 64 % de nos kystes ont un volume supérieur à 1 litre et que 36 % ont un volume très important dépassant 3 litres.

Ce sont ces kystes qui font de la maladie hydatique une maladie grave. Ils compriment une grande partie du parenchyme hépatique, occupant parfois la totalité d'un hémifoie. Ils sont responsables d'importantes lésions biliaires, vasculaires et parenchymateuses et de graves désordres hémodynamiques. Leur traitement par les techniques classiques radicales est dangereux. L'utilisation de techniques non radicales laisse une cavité restante volumineuse, facteur de complications post-opératoires importantes.

B) LA MULTIPLICITE DES KYSTES

La multiplicité des kystes pose le problème du nombre des cavités résiduelles à traiter.

Or, l'echinococoose hépatique multiple se rencontre chez plus du tiers de nos malades, soit 36,8 % dont le détail est le suivant :

- 2 kystes chez 48 malades
- 3 kystes chez 24 autres
- chez 16 malades soit 6,6 % le foie était littéralement truffé de kystes (5 et plus) maximum 15 kystes.

Fait notable, la fréquence des K.H. multiples dans notre série dépasse légèrement celle des statistiques européennes (32 % pour DEVE ; 34 % pour HEPP).

	K. UNIQUE	K.MULTIPLES
NOMBRE	152	88
%	65,2	36,8

C) L'AGE DES KYSTES : L'ETAT DU PERIKYSTE ET LE CONTENU

Autour du parasite le parenchyme hépatique tassé, refoulé, constitue la membrane périkystique ou adventice ; celle-ci subit, au cours de l'évolution du kyste, des modifications structurales importantes.

L'apparition de fissurations biliaires marque un tournant dans l'évolution du parasite. Celui-ci en effet, se transforme par suite de cette agression biliaire, il s'affaisse son contenu devient louche, s'infecte, les vésicules filles apparaissent. Le périkyste qui était souple et fin, s'épaissit par suite de phénomènes inflammatoires et infectieux. Il s'infiltre de calcaire et devient rigide.

C'est dans ces cas de kystes vieillis, à périkyste épais que se pose le problème thérapeutique de la cavité résiduelle. Le kyste H. jeune à paroi souple ne pose pas de gros problèmes car la cavité résiduelle a tendance à s'affaisser rapidement.

Son contenu : Le kyste à liquide eau de roche sous forte tension sans vésiculation endogène, a exceptionnellement un espace périparasitaire en communication avec une grosse fistule B.

A l'opposé, les K. flasques, les K. fissurés ont un contenu plus ou moins trouble avec nombreuses vésicules filles Ils sont en principe ouverts plus ou moins largement dans les V.B. ; la compression de ces dernières entraîne une stase en amont qui précède l'ouverture du kyste et engendre son infection. La suppuration kystique est grave car elle équivaut à la transformation d'une tumeur kystique bien tolérée en un abcès du foie avec ses conséquences sur le plan du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Insistons enfin sur l'importance des réactions inflammatoires et sur certaines adhérences en particulier diaphragmatiques réalisant une véritable continuité entre l'adventice et le diaphragme et rendant la dissection difficile.

DANS NOTRE SERIE et sur une statistique de 240 K., nous avons rencontré :

135 kystes à contenu eau de roche
49 kystes à contenu bilieux
56 kystes à contenu trouble ou franchement purulent.

D) TOPOGRAPHIE DES KYSTES

La topographie des kystes nous paraît d'importance capitale dans le choix du type d'intervention à réaliser.

Si le traitement du parasite est bien codifié, les suites opératoires et le pronostic sont commandés par l'efficacité du drainage de la cavité résiduelle.

Que ce soit dans le choix du drainage ou du type d'intervention projeté, nous avons attentivement tenu compte dans notre série, de la localisation du ou des kystes en se rapportant à la segmentation hépatique telle qu'elle a été décrite par COUINAUD.

En tenant compte des localisations multiples soit 427 kystes traités chez 240 malades, 293 ont été localisés avec précision par l'opérateur.

- Foie droit 114 (face inf. supérieure ou bords)soit (48 %)
- Foie gauche 59 (face inf. supérieure ou bords) soit 26,6 %

Dans 16 cas le foie était truffé de kystes soit (6,6 %).

- Deux localisations particulières dites de mauvaise réputation nous ont particulièrement interessé ce sont les kystes de la convexité postérieure : Droite 73 soit (30 %)
Gauche 11 soit (4,75 %)

- Kystes hydatiques médians à développement central 36 soit (15 %).

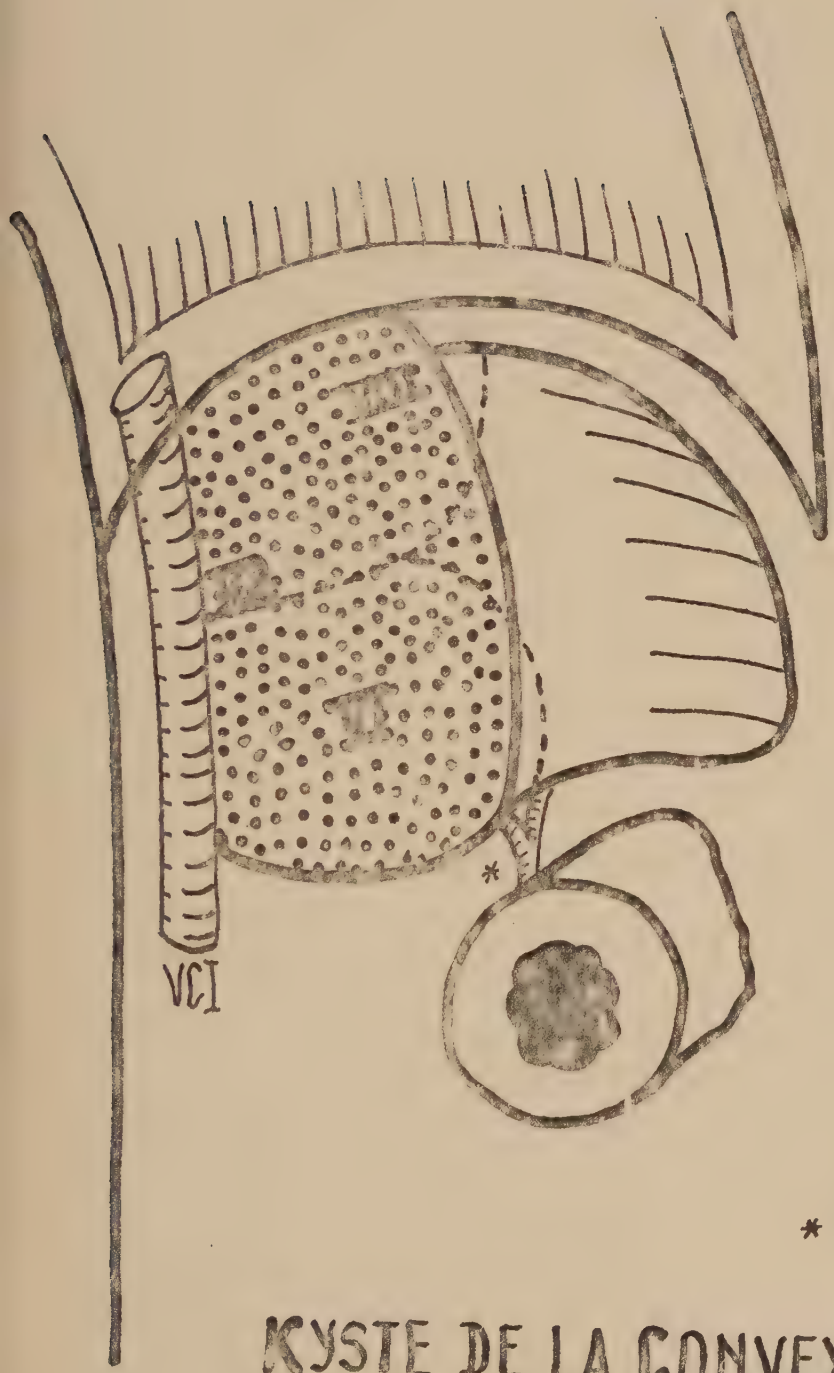
a) LES KYSTES DE LA CONVEXITE POSTERILURE DU FOIE (Schéma I)

Ce sont les kystes du versant postérieur du dôme à distinguer des kystes du versant antérieur dont l'abord et le traitement sont plus faciles.

Ces kystes occupent l'espace inter-hépato-diaphragmatique droit ou gauche et correspondent aux parties postérieures des segments latéraux et paramédians droit ou gauche ; ils tirent leur gravité de :

- leur profondeur
- leur tendance à comprimer la circulation de retour du foie
- leur volume considérable, souvent expliqué en grande partie par leur diagnostic tardif.
- leur situation parfois à cheval sur les "deux foies" et leur volume considérable, explique la fréquence des compressions veineuses : sus hépatique : gênant, voire interrompant la circulation des veines sus hépatiques qui convergent vers l'un ou l'ensemble des troncs : véritable Budd-Chiari hydatique. - Cave inférieure pour les très gros kystes postérieurs (justifiant l'intérêt de la cavographie), leur ouverture fréquente dans les voies biliaires, la fréquence de rencontrer une infection des kystes, un aspect multi vésiculaire dénotant une souffrance kystique, une adventice qui est le siège de réactions inflammatoires.

Dans notre série, nous avons rencontré 81 kystes de la convexité postérieure soit 34,75 %. Comparé aux statis-



* Pedicule hépatique

KYSTE DE LA CONVEXITE POST.RE

tiques européennes (15 %), ce pourcentage important à nos yeux justifie l'intérêt que nous portons à cette forme topographique.

D'après nos statistiques personnelles nous pouvons noter :

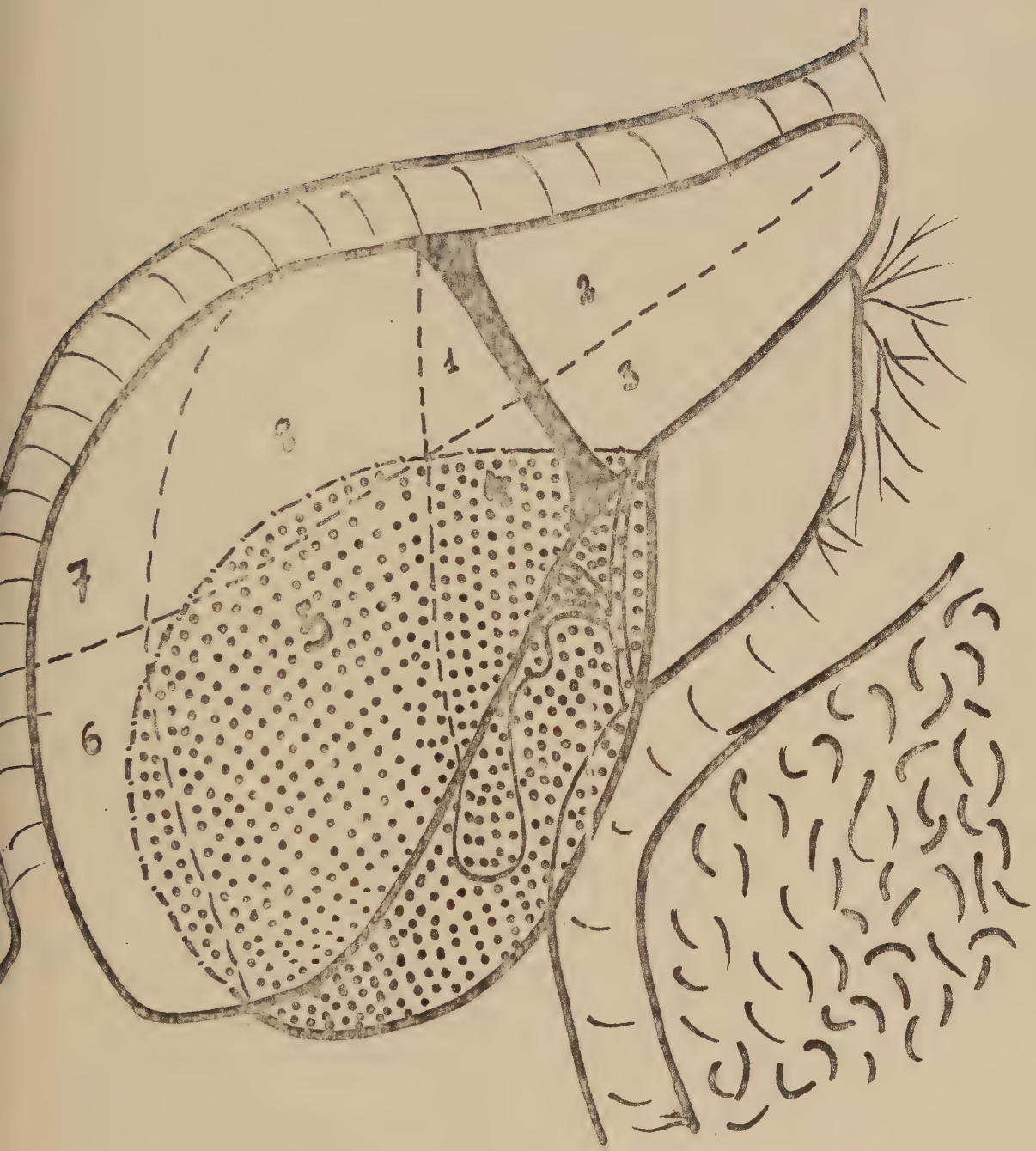
	nos kystes en général	%	kystes de la convexité	%
Kystes volumineux	98	64	48	83
Kystes infectés	56	24	23	30
K.H. + H T P	15	6	8	10
K.H + compression cave	13	--	13	15,4

En somme, sur cette statistique la majorité des kystes de la convexité sont volumineux (83 % sup. à 1 l), 30 % sont suppurés ; Un fait remarquable:les 11 cas de compressions cave sont dus exclusivement à des kystes de la convexité.
En outre, dans les 14 cas d' H.T.P rencontrés, 8 sont engendrés par des kystes de la convexité et 1 par un kyste paramédian droit.

b) LES KYSTES HYDATIQUES MEDIANS (Schéma II)

Ne représentent que 10 % de certaines statistiques européennes (R. BOURGEON, Nice). Cette topographie est de (15,6 %) dans notre statistique. Occupant les segments I, IV, et V ils ont eux aussi attiré notre attention du fait de leur rapport étroit avec le pédicule hépatique.

L'intérêt de cette implantation est grande, car elle comporte à l'état pur des conséquences vasculaires ou biliaires qu'on ne rencontre jamais avec une telle ampleur dans les autres variétés de kystes et en particulier lorsque venu du foie droit ou gauche, il atteignent la scissure médiane.



KYSTE CENTRAL A DEVELOPPEMENT INFEUR

Ils peuvent être intraparenchymateux ne s'extériorisant en avant ou en bas que sur une très petite surface. Ils peuvent être extériorisés mais englobant le pédicule hépatique. De toute manière, ils sont en rapport intime avec les éléments du pédicule hépatique ou du hile modifiant l'anatomie de cette région.

	nos kystes en général	%	K. médians	%
K. + compression V.B.	34	13	15	39
K. ouvert dans V.B	65	28	20	55
K. + H.T.P.	14	6	6	16,6

Sur cette statistique on peut noter que la majorité des kystes médians ont un retentissement très important sur les V.B.

De ce fait, sur 18 ouvertures larges dans la voie biliaire principale, 4 sont dues à des kystes médians et 5 dans un secteur paramédian droit ou gauche.

Ainsi il est facile de comprendre :

1- QUE LES KYSTES DE LA CONVEXITE POSTERIEURE VONT LAISSER UNE CAVITE RESIDUELLE "COINCEE" ENTRE LE DIAPHRAGME ET LE FOIE, TRES POSTERIEURE, DONC DIFFICILE A DRAINER.

2- QUE LES KYSTES MEDIANS VONT AUSSI LAISSER UNE CAVITE RESIDUELLE LARGE, DU FAIT DE LEURS RAPPORTS ETROITS AVEC LES ELEMENTS NOBLES DU PEDICULE HEPATIQUE, ELLE AUSSI DIFFICILE A DRAINER.

II- CONSEQUENCES DE L'AGRESSION KYSTIQUE

Elle engendre des lésions aussi bien au niveau du parenchyme hépatique et des canaux biliaires qu'au niveau des troncs vasculaires.

1) SUR LE PARENCHYME HEPATIQUE

Le foie ne reste pas indifférent au développement du parasite, il est le siège d'altérations plus ou moins graves. Ces lésions peuvent être limitées au parenchyme avoisinant, elles résultent de l'action directe du kyste sur le parenchyme. Ailleurs, elles siègent à distance du kyste et sont alors principalement sous la dépendance de facteurs mécaniques ; compressions vasculaires, obstructions ou effractions biliaires.

Les lésions avoisinant le kyste se limitent à une fibrose péri-kystique et à une légère altération parenchymateuse adjacente et doivent être distinguées des lésions parenchymateuses qui résultent des compressions vasculo-biliaires.

Dans ce dernier cas, les répercussions sur le parenchyme hépatique sont de trois ordres :

1- *l'hypertrophie compensatrice* du parenchyme non atteint est la règle

2- *le foie vasculaire,* est observé de temps à autre ; une compression au niveau de la circulation de retour entraînant une stase veineuse intra hépatique. Le parenchyme rouge sombre prend l'aspect d'une éponge gorgée de sang sur un territoire segmentaire ou tout un hémifoie.

3- *la cirrhose cholostatique,* étudiée par LEBON et Coll. BOURGEON et Coll. est à point de départ mixte canalaire et

portale. Elle peut intéresser un territoire segmentaire, un hémifoie ou la totalité de la glande.

Sur 34 biopsies hépatiques pratiquées dans le service, les réponses d'anatomopathologistes peuvent être classées en trois rubriques :

1° les cas les plus fréquents sont représentés par des lésions de simples fibroses hépatiques sans atteinte vasculaire ou hépato-cytaire (20 cas)

2° des cas moins fréquents de lésions de congestion vasculaire importantes ou de cholostases ont été notées (9 cas)

3° rarement, dans 3 cas il a été constaté des lésions de cirrhose vraie ; dans 2 cas : état de précirrhose.

2) SUR LES VAISSEAUX

Les lésions sont particulièrement graves par les désordres hémodynamiques engendrés et leurs conséquences parenchymateuses.

a) *La compression des veines sus-hépatiques* est en grande partie responsable des altérations précédemment décrites (BOURGEON). DELPRETTI dans sa thèse inaugurale affirmait que les rapports du kyste avec les veines sus-hépatiques sont précoces, intimes et graves dans leurs conséquences physiopathologiques. Il distingue les compressions totales qui donnent un syndrome de BuddChiari typique et les compressions parcellaires localisées à l'un des trois courants sus-hépatiques qui entraîne ce que l'auteur a appelé, un syndrome de BuddChiari parcellaire. Cette seconde éventualité est de loin la plus fréquente.

b) la compression cave qui peut être presque totale avec ascite et circulation collatérale ; cette éventualité est par-

ticulièrement observée dans les kystes volumineux postérieurs à cheval sur les deux foies, épousant la convexité de la colonne vertébrale ; dans ce cas, le pronostic est sévère par la suite, car même le kyste vidé de son contenu, une virole inflammatoire scléreuse au sein d'un amas d'adhérences serrées bride définitivement la veine cave rétrohépatique ; les désordres hémodynamiques n'apparaissent pas car l'obturation progressivement réalisée entraîne l'établissement d'un régime circulatoire nouveau auquel l'organisme s'habitue.
La compression cave partielle est aussi plus grave dans l'immédiat , après évacuation du kyste, des troubles hémodynamiques peuvent surgir entraînant une surcharge ventriculaire droite et des désordres rénaux.

Il est donc nécessaire de connaître avant l'intervention le retentissement du kyste sur la V.C.I. chaque fois que la scintigraphie ou l'artériographie l'a révélé postérieur Il est donc nécessaire d'entreprendre alors une cavographie.

Dans notre série, nous avons relevé 11 cas de compression cave dus exclusivement à des kystes de la convexité postérieure.

c) Compression portale : cette compression va du simple refoulement qui ne gêne pas la circulation porte, à l'obturation totale du vaisseau. L'état du parenchyme hépatique et les perturbations de la circulation dans le système porte dépendent du degré de la compression et surtout de son siège.

BOURGEON admet que de nombreux K.H.F. sont compliqués de syndromes d'H.T.P. (thèse de VIDEAU) dans ces cas, ce sont les examens paracliniques S.P.T.G. avec prise de pression, l'artériographie, cavographie qui confirment l'H.T.P. Les conséquences physiopathologiques de cette compression peuvent être graves, car le développement du kyste à ce niveau va constituer un obstacle prehépatique et gêner la circulation portale. Il en résulte en amont une H.T.P. généralisée et en aval une atrophie hépatique globale ce qui contre indique toute inter-

vention à visée radicale. Dans notre série nous avons noté 15 H.T.P. confirmées.

- 6 siègent chez des malades porteurs de Kystes médians à développement central,
- 8 chez des malades porteurs de kystes de la convexité postérieure à développement inférieur,
- 1 chez un malade porteur de plusieurs kystes dont un est paramédian droit.

C) SUR LES VOIES BILIAIRES

Au fur et à mesure qu'il grossit le K.H. va refouler comprimer, écraser puis ouvrir les canalicules biliaires. Il est évident que la topographie initiale du K.H. est déterminante : Les kystes centraux profonds auront très tôt des rapports intimes avec de gros canaux biliaires ; les kystes périphériques en resteront très longtemps à distance, se contentant de les refouler lorsqu'ils atteignent un volume considérable.

Ces lésions biliaires d'abord intrahépatiques, localisées au voisinage du kyste, vont progressivement s'étendre jusqu'aux voies biliaires extra-hépatiques.

a) *LESIONS DES VOIES BILIAIRES INTRA-HEPATIQUES*

Les voies biliaires intra-hépatiques dans le voisinage du parasite sont non seulement étirées mais aussi altérées par les phénomènes inflammatoires ; sur la cholangiographie elles ont un aspect rétréci, atrophique, irrégulier parfois moniliforme.

La fistule biliaire est la conséquence fréquente de l'évolution du parasite : la V.B. adhérente à l'adventice étirée par le kyste, en état de moindre résistance par suite de la transformation scléreuse des parois, se rompt en un point.

Ici deux éventualités :

1) La fissuration décrite par BOURGEON et Coll. intéressant des canaux de calibre variable. Ces fissurations, lorsque le kyste est sain et sous pression normale sont fréquentes. (BOURGEON affirme que 90 % des K.H.F. opérés le sont à un stade de fissuration).

2) Les fistules étudiées par DEVE marquent profondément l'évolution du K.H. jouant un rôle primordial dans les suites opératoires. La fissuration ne semble pas jouer un rôle important dans l'infection du kyste. En pratique, lorsqu'un K.H.F. est suppuré, il n'est pas fissuré mais largement ouvert aux V.B. ; cette fistulisation large favorise la rupture du parasite et secondairement l'infection de la cavité ; Même dans cette éventualité, la suppuration au long court n'est pas la règle.

Ces notions anatomo-pathologiques sont confirmées dans notre statistique. C'est ainsi que nous avons rencontré :

- 36 K.H. fissurés
- 51 K.H. largement ouverts dans les V.B.
- 18 K.H. ouverts dans les canaux hépatiques droit ou gauche
- 20 K. infectés

b) LESIONS DES VOIES BILIAIRES EXTRA-HEPATIQUES

Elles témoignent de l'aggravation de la maladie et procèdent de plusieurs mécanismes :

1) l'ouverture large du Kyste dans la V.B.P. fait le plus souvent suite à plus ou moins brève échéance, à la fissuration et se rencontre classiquement avec une grande fréquence dans les kystes centraux.

L'ouverture large du kyste aboutit à l'obturation de l'hépatocholédoque. Elle implique sur le plan thérapeutique un temps cholédocien. Elle entraîne également des altérations biliaires importantes : ectasie des canaux hépatiques et de l'hépato-cholédoque, cholédocite inflammatoire, pédiculité scléro-inflammatoire avec adénopathies, obstruction cholédocienne par des débris hydatiques ou des vésicules filles.

Dans notre série, nous avons noté 18 cas d'ouverture large de kystes dans la V.B.P. :

- 6 siégeaient dans la convexité postérieure du foie
- 4 étaient médians
- 5 étaient paramédians Dt ou G
- 3 K. occupaient les segments 2 et 3

et sur 34 compressions de la V.B.P. nous relevons :

- 15 kystes médians
- 10 kystes convexité postérieure
- 6 kystes foie droit
- 3 kystes foie gauche

Dans certains cas le kyste peut se vider totalement dans la voie biliaire et se collaber au point qu'à l'intervention on ne retrouve plus le kyste responsable. C'est d'ailleurs un mode de guérison spontanée, certes exceptionnelle, mais qui a été observée par quelques auteurs.

2) l'association d'une lithiase de la V.B.P.

elle est rare (6 cas dans notre statistique) elle s'associe le plus souvent à une lithiase vésiculaire.

3) Les lésions oddiennes

Le passage des débris hydatiques dans le duodénum ne se fait pas sans irriter et léser la région cholédocoduodénale qui est, de ce fait, le siège d'un oddite oedemateuse ou scléreuse. Nous avons observé : 7 oddites scléreuses et 1 oddite oedemateuse.

c) LES LESIONS DE LA VOIE BILIAIRE ACCESSOIRE

Le kyste lorsqu'il est médian ou paramédian, en contact de la vésicule biliaire peut refouler, comprimer cette dernière qui apparaît sur les clichés de la cholangiographie, déplacée à gauche ou horizontalisée, elle est parfois oedematiée siège de phénomènes inflammatoires aigus.

- dans deux cas le kyste était ouvert dans la vésicule biliaire ; dans 30 cas la vésicule a été comprimée ou refoulée.

- dans 33 cas une lithiase vésiculaire a été rencontrée ; il s'agit là d'une éventualité fréquente qui doit inciter l'opérateur à examiner minutieusement la vésicule biliaire au cours de toute intervention pour K.H.F. et à pratiquer systématiquement un contrôle radiologique des V.B. inversement, en terre hydatique, il convient d'insister sur la nécessité de rechercher un K.H. derrière toute lithiase biliaire opérée.

Toutes ces raisons nous incitent à la cholécystectomie de principe après contrôle des V.B.P. et traitement du K.H.F.

-=-=-

E N C O N C L U S I O N

Ainsi donc les lésions anatomiques rencontrées au cours de notre statistique expliquent pour une grande part la gravité de la maladie hydatique.

En effet,

42 % de nos kystes sont volumineux
24 % sont infectés
28 % sont largement ouverts dans les V.B.
11 % ont un retentissement vasculaire
13 % ont un retentissement sur les V.B.P.

Dans la majorité des cas, il y a un retentissement sur le parenchyme hépatique.

Quant à nos 21 malades opérés par kystoduodénostomie, les lésions anatomiques rencontrées sont résumées dans le tableau suivant :

KYSTES HYDATIQUES TRAITES PAR KYSTODUODENOSTOMIE

LESIONS ANATOMIQUES RENCONTREES

(pour 21 MALADES et 29 kystes traités)

Kystes ayant un retentissement sur les V.B.P.....	4
Kystes hydatiques volumineux (sup. à1,5 L).....	13
Kystes " ouvert dans V.B.....	6
Kystes suppurés	2
Kystes + H.T.P.	7
Kystes + V.C.I.	4
Kystes convexité	8
Kystes centraux	18

B A S E S C L I N I Q U E S E T D I A G N O S T I C

---==oOo==---

I) CLINIQUE

2) PARA-CLINIQUE

a) BIOLOGIE
b) RADIOLOGIE

3) DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE

4) CONCLUSION

BASES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

En Algérie, terre d'endémie hydatique le diagnostic de K.H.F. est en général facile à poser devant :

A) Certains signes cliniques

Les éléments qui permettent de suspecter fortement cette affection sont de deux ordres :

1- *des signes directs attirant d'emblée l'attention sur le foie.* Il s'agit soit d'une masse tumorale hépatique déformant l'hypocondre droit soulevant l'auvent costal et provoquant une voussure à ce niveau ; cette masse est kystique ; soit d'un gros foie débordant largement le REBORD REFOULE EN AVANT par une masse postérieure dont on peut préciser les contours chez des sujets non obèses. C'est la forme tumorale la plus fréquemment rencontrée.

2- Il est intéressant de noter chez *ces malades d'autres formes cliniques.*

a) Formes biliaires traduisant une complication du kyste par ouverture dans les voies biliaires. C'est ainsi que très souvent ces malades porteurs de leur infection depuis longtemps présentent :

- soit un syndrome douloureux de type biliaire, à répétition avec un subictère et dans les antécédents on peut retrouver la notion d'accès fébriles d'épisodes ictériques ou subictériques ;

- soit un tableau d'ictère rétentionnel fébrile avec signes biologiques. Qu'il s'agisse de l'ictère douloureux fébrile à répétition ou d'un ictère rétentionnel chronique. Quelle que soit l'allure de l'ictère, le K.H. doit toujours être évoqué dans un pays d'endémie hydatique. La présence d'une tumeur douloureuse dans l'hypocondre droit, d'une image hydro-aérique au sein du parenchyme hépatique oriente d'emblée vers le diagnostic de K.H.F. Lorsque l'ictère est continu, il est difficile de soulever le diagnostic de K.H.F. et seuls les examens radiologiques ou la scintigraphie hépatique peuvent révéler le kyste.

-soit un tableau de cholécystite aigue avec fièvre défense de l'hypocondre droit et perception d'une masse sous costale droite. A noter que l'association de K.H.F. et cholécystite aigue lithiasique est possible.

b) Formes thoraciques . Certains malades présentent une symptomatologie thoracique témoignant en général d'un kyste situé sur la convexité du foie : toux, dyspnée ; Ces localisations ont une expression particulière sur les clichés thoraciques (réaction de la base droite en plus de la déformation de la coupole diaphragmatique).

c) Formes avec hypertension portale traduisant le retentissement du kyste sur le système spléno-portal ou hépatico-cave avec splénomégalie circulation collatérale parfois même oedèmes des membres inférieurs et ascite.
BOURGEON admet que de nombreux K.H.F. sont compliqués d'un syndrome d'H.T.P. (thèse de VIDEAU) dans ces cas ce sont les examens paracliniques S.P.T.G. avec prises de pression, artériographie, cavographie qui confirment l' H.T.P.

Dans nos 21 cas traités par Kystoduodonostomie, nous avons rencontré :- 21 formes tumorales : hepatomégalie ou tumeur adhérente au foie

- 6 formes ictériques
- 3 formes à cholecystite aigue
- 4 formes d'H.T.P.
- 2 formes d' H.T. cave et sus hépatique
- 2 formes à symptomatologie thoracique associée

B) Des arguments paracliniques

a) les arguments biologiques sont specifiques de la nature hydatique ou tout au moins parasitaire du kyste tant que le kyste est fermé.

l'éosinophilie sanguine si elle est supérieur à 10 %

l'intradermoréaction de casoni : avec du liquide hydatique est l'épreuve biologique la plus fidèle. Il faut la faire avec le plus grand soin car elle ne peut pas être répétée. Il faut la faire la dernière car elle risque de rendre les autres épreuves biologiques faussement positives. Quand elle est positive, la réaction est double.

- réaction précoce : de quelques minutes sous forme de papule ortiée
- réaction tardive : de quelques heures sous forme de nodule inflammatoire.

Mais tant que le kyste est fermé, seule s'observe la réaction précoce.

- la Weinberg : est une réaction de déviation du complément qui n'a de valeur que positive.
- Immunofluorescence Actuellement à l'étude.

b) Sur la radiologie l'abdomen sans préparation peut être l'examen le plus utile quand il montre des calcifications du foie, surtout si ces calcifications cernent le kyste ou même des kystes exogènes donnant des images en arceau.

Téléthorax à la recherche d'autres locatisations hydatiques et pour l'étude : des déformations de l'hémicoupole droite, des réactions pleuro parenchymateuses sus jacentes au kyste hydatique

la Scintigraphie hépatique de face et de profil

l'artériographie sélective, avec un temps veineux permettant l'étude de l'arbre spléno portal.

Mais ce qui nous interesse plus particulièrement est le diagnostic topographique.

Pour ceci il faut envisager en dehors des examens précédents : les examens des organes de voisinage :

le T.G.D.
la cholecystographie

éventuellement le lavement baryté
l'urographie intra veineuse
parfois la cavographie.

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE

En effet, la gravité des lésions hépatiques, la déviation de tous les courants veineux normaux, dans ces localisations de mauvaise réputation sont à bien connaître car les manoeuvres considérées comme bénignes à l'égard du K.H.F. dans les cas ordinaires peuvent devenir la cause d'une hémorragie mortelle lors des manoeuvres opératoires.

Toutes les lésions doivent être traitées en un temps chaque fois que l'état du malade le permet.

Une réintervention hépatobiliaire est difficile et comporte des dangers en raison de l'importance du processus inflammatoire qui bloque la région sous hépatique.

C'est ainsi que pour préciser la topographie exacte du ou des kystes et pour apprécier leur retentissement sur la glande hépatique et les voies biliaires, nous pratiquons dans notre services certains examens :

1) LA SCINTIGRAPHIE HEPATIQUE :

De face et de profil elle donne des renseignements sur la localisation, le nombre de kystes et l'hypertrophie compensatrice du reste du parenchyme.

Des erreurs de diagnostic par excès ou par défaut peuvent être imputées à la scintigraphie.

Il faut signaler que seule la scintigraphie de profil permet d'affirmer la topographie postérieure du kyste. La présence d'une radioactivité splénique permet, sinon de soupçonner une hypertension portale, du moins de parler de souffrance portale.

2) CHOLECYSTOGRAPHIE :

Pré opératoire : est pratiquée de façon systématique à la recherche d'une lithiase parahydatique, une dilatation de la V.B.P. témoignant de la souffrance des voies biliaires et de la possibilité d'une fistule.

En per opératoire, la cholangiographie et la radio manométrie éventuellement fournissent un inventaire anatomique complet (fistules B.) et aussi fonctionnel mettant parfois en évidence un retentissement oddien.

3) T. G. D. :

Dans le cas des kystes à développement autéro-inférieure, il y a un refoulement antrobulboduodénal en avant et à gauche ; refoulement en masse de l'estomac en bas et à gauche ou refoulement du cadre duodénal par une masse postérieure,prévertébrale.

Le T.G.D. peut montrer également des varices oesophagiennes n'ayant pas encore saigné.

4) Eventuellement un Lavement baryté qui montre dans ce cas des kystes à développement inférieur, des images d'empreintes ou de compression du transverse ou de l'angle colique droit.

5) LA SPLENO-PORTOGRAPHIE :

La S.P.T. apporte des résultats très riches surtout en Algérie en raison de la gravité particulière de la maladie hydatique. Les perturbations de la circulation portale y étant encore souvent observées.

Après contrôle par scintigraphie splénique de l' absence de K.H. dans la rate ; la sémiologie radiologique en splénoportographie est double. Elle s'inscrit aussi bien sur le temps vasculaire que sur le temps hépatographique. (images d' encorbellement, de refoulement, de compression sur l'arborisa-

tion portale ou sur le tronc lui-même) la lacune, arrondie au sein de l'opacité hépatique en fin d'examen est un second stigmate.

Le volume et la topographie du kyste s'inscrivent sur la S.P.T. de même que les altérations créées par le parasite :

- image d'amputation dans les kystes importants du lobe gauche
- aspects limités pour des petits kystes comportant des refoulement plus discrets et des lacunes cernées par des languettes de parenchyme
- les boulversements architecturaux liés au développement de ces kystes se traduisent également par :

la bascule du foie devenu vertical dans les kystes importants du lobe gauche avec étirement du tronc porte

l'hypertrophie de certaines zones à proximité du kyste visible sur l'hépatographie.

Les accidents et les échecs de la S.P.T. ne sont pas rares pour des raisons inhérentes à la maladie hydatique : présence de K.H dans la rate, déplacement de la rate par poussée d'un lobe gauche hypertrophique qui vient occuper la loge splénique.

Ceci explique le recul de la S.P.T. devant l'artériographie sélective qui est un examen plus anodin et dont les données sont incomparablement plus riches en renseignements.

L'ARTERIOGRAPHIE SELECTIVE

C'est un examen qui nécessite un appareillage très perfectionné et surtout d'un personnel spécialisé dans cette méthode d'exploration.

Sur le plan technique, l'injection du tronc coeliaque seul n'est pas suffisante car les branches hépatiques

issues de la mésentérique supérieure sont très fréquentes. Aussi, nous lui associons systématiquement un angiographie de l'artère mésentérique supérieure

Dans la majorité des cas, il s'agit de volumineux K.H. souvent multiples qui bouleversent la topographie vasculaire de la région : refoulement du tronc coeliaque à droite, artère hépatique repoussée en bas ou en haut. Néanmoins, dans les cas typiques et simples on peut noter :

- les déplacements vasculaires harmonieux en arc de cercle donnant une image d'encerclement de la tumeur
- la disparition des sinuosités artérielles
- l'allongement ou l'étirement des vaisseaux.

Les artères hépatiques refoulées par le kyste hydatique gardent une morphologie normale et un calibre régulier.

Ces images sont vues au temps artériel et artériolaire. A une phase intermédiaire, c'est-à-dire au temps parenchymateux, il existe une ou plusieurs zones avasculaires strictes bien arrondies comme tracées au compas. Une telle lacune est le signe le plus important permettant d'identifier la masse kystique.

L'image d'un cerne périadventitiel dense qui serait pour certains auteurs un signe pathognomonique n'a été retrouvé que chez des malades porteurs d'un K.H. suppuré. Il s'agit d'un liséré dense relativement épais entourant la zone avasculaire réalisant une véritable coque.

L'artériographie de face et en oblique permet dans tous les cas de localiser avec précision le K.H. Il convient d'insister encore ici sur la topographie postérieure des K.H. qui n'est pas précisée sur les clichés de la S.P.T. mais qui est toujours affirmée par l'artériographie sélective de profil.

D'autre part, l'artériographie permet souvent de trancher dans les cas où il est difficile de localiser une image

pathologique dans la région diaphragmatique. C'est ainsi qu'une image du dôme s'est révélée être à l'artériographie une simple relaxation diaphragmatique.

L'existence dans certains cas d'une zone d'hypervascularisation avec accumulation de contraste traduisant l'adhérence du kyste avec le diaphragme, Des images analogues ont été observées au pôle inférieur, reflétant des adhérences inflammatoires contractées entre le kyste et le duodénum, le colon ou l'estomac. Ces phénomènes d'adhérence ont tous été vérifiés opératoirement. Il s'agit dans tous les cas de kyste volumineux infecté sous tension : notion importante car elle hâte l'indication opératoire avant que ne survienne une rupture du kyste.

Ainsi, établir le diagnostic de K.H. dépister ses éventuelles complications, situer sa topographie avec exactitude tels sont les apports de l'artériographie sélective.

L'artériographie sélective devient indispensable lorsqu'on envisage un exérèse hépatique réglée, car elle seule peut fournir des renseignements sur l'architecture artérielle du foie et surtout permet de déceler les anomalies si fréquentes de l'artère hépatique.

Enfin, il faut souligner l'intérêt particulier de l'angiographie sélective du tronc coeliaque quand on soupçonne un K.H. de la rate associé.

EN CONCLUSION, c'est pour éviter la ponction d'un K.H. de la rate et les autres accidents imputés à la S.P.T., pour avoir des renseignements précis sur la topographie du kyste surtout lorsqu'il est postérieur, pour établir la carte artérielle du foie, que nous pratiquons d'emblée l'artériographie sélective. La S.P.T. n'est pratiquée que secondairement lorsqu'elle apparaît nécessaire. D'ailleurs elle est grandement facilitée par les données de l'artériographie. Celle-ci en effet, indique la position de la rate et son volume.

6) UNE UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE :

En cas de compression de l'uretère par un kyste à développement postérieur permet d'éliminer un kyste hydatique du rein.

7) CAVOGRAPHIE :

Elle est pratiquée chaque fois qu'une localisation postérieure est suspectée.

Les renseignements fournis par la cavographie sont essentiels avant même l'acte opératoire, tant pour la tactique opératoire que pour la réanimation du malade pendant et après l'intervention.

L'adhérence intime des gros kystes du foie droit à la V.C.I. crée des difficultés importantes au cours d'une périkystectomie ou d'une hépatectomie.

D'autre part, une compression de la V.C.I. perturbe la circulation de retour et une brusque décompression peut entraîner des troubles hémodynamiques sérieux.

-=-=-

R A P P E L

D U T R A I T E M E N T D U K. H. F.

-=-=-=-=-=-=-

I- PREALABLE

II- RAPPEL DES TECHNIQUES UTILISEES DANS NOTRE STATISTIQUE

a) Techniques laissant entièrement la cavité en place ou méthodes conservatrices
b) Technique resequant partiellement la cavité en place
c) Technique supprimant entièrement la cavité restante

-=-=-=-=-

RAPPEL DES TECHNIQUES UTILISEES DANS LE TRAITEMENT DES K.H.F.

-=-=-=-=-=-

I- Préalable

Avant d'aborder l'analyse de certaines méthodes thérapeutiques utilisées dans notre service, il nous faut tout d'abord préciser certains termes : Nous entendons par :

- *KYSTECTOMIE* :

  L'abblation de la membrane proligère avec aspiration du liquide hydatique et stérilisation.

- *PERIKYSTECTOMIE TOTALE* :

  C'est une kystectomie associée à l'abblation totale du périkyste, c'est ce que l'on désigne habituellement par le terme de kystectomie. Elle peut se faire à kyste fermé ou à kyste ouvert.

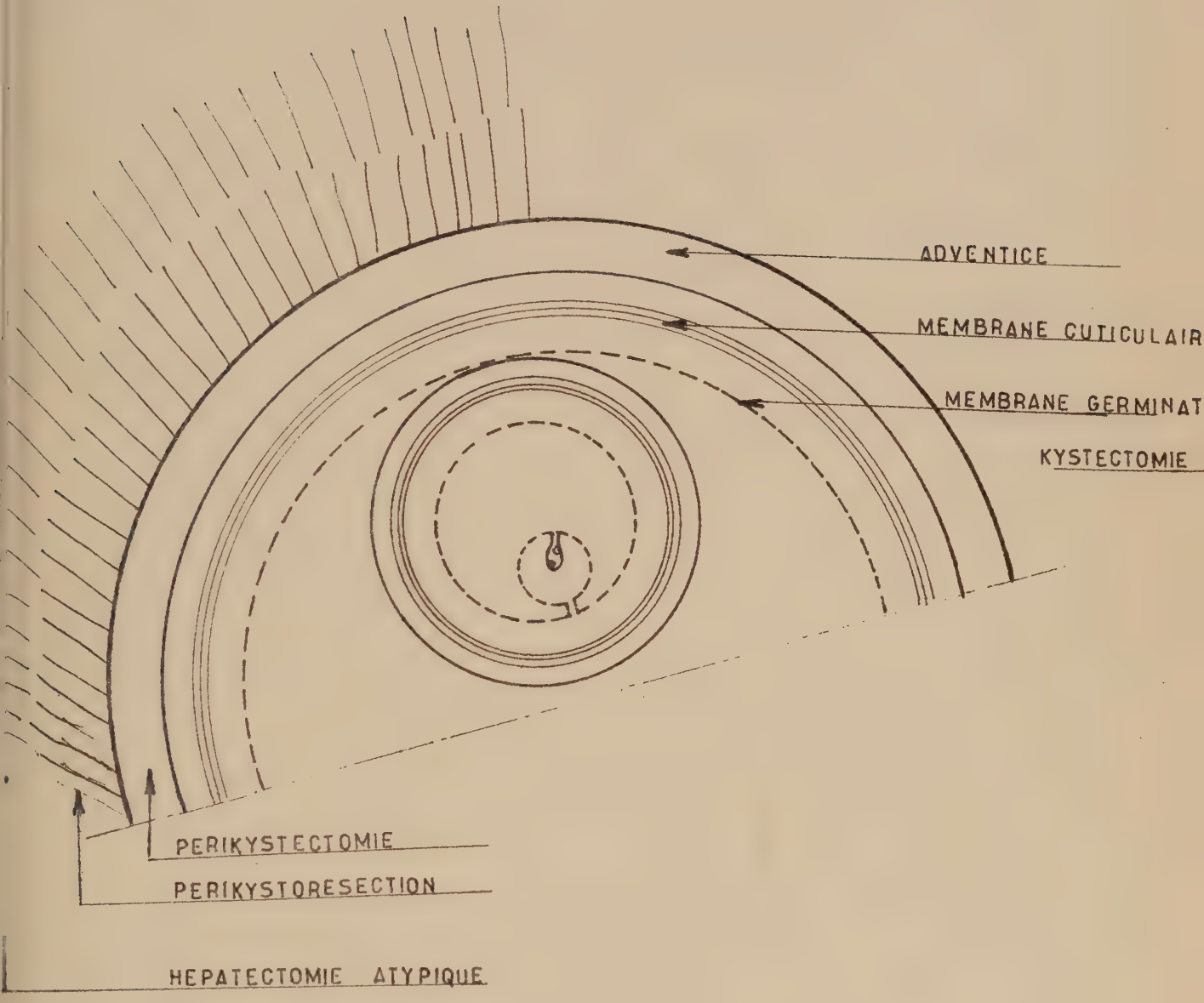
- *PERIKYSTECTOMIE PARTIELLE* :

  N'est autre que la résection du dôme saillant de LAGROT.

- *HEPATECTOMIE ATYPIQUE* :

  C'est une périkystectomie totale qui emporte une partie plus ou moins importante de parenchyme hépatique. Lorsque cette hépatectomie ne concerne que le parenchyme au voisinage du kyste, elle correspond à ce que de nombreux auteurs appelle la kysto-résection et que nous désignons sous le terme de *Péri-kysto-résection*.

- *HEPATECTOMIES REGLEES DROITES ET GAUCHES* sont des résections hépatiques précédées par une ligature des pédicules vasculaires et biliaires de la portion hépatique à enlever.


ADVENTICE
MEMBRANE CUTICULAIR
MEMBRANE GERMINAT
KYSTECTOMIE
PERIKYSTECTOMIE
PERIKYSTORESECTION
HEPATECTOMIE ATYPIQUE

SCHEMA

II- Rappel des techniques utilisées dans notre statistique

Différentes méthodes thérapeutiques sont proposées pour traiter :

- le parasite
- le périkyste et la cavité résiduelle
- les lésions associées

Si tout le monde est d'accord sur le traitement du parasite, il n'en est pas de même en ce qui concerne le périkyste dont le traitement suscite encore des controverses.

A) PROBLEME PARASITAIRE

Le traitement du parasite est actuellement bien codifié. Après protection soigneuse du champ opératoire par des compresses imbibées de solution de formol à 2% ou de sérum salé hypertonique, on aspire le contenu du kyste au trocard et l'on injecte la solution de formol ou de sérum hypertonique qu'on laisse en place pendant 5 minutes. La kystectomie peut être alors réalisée sans danger permettant d'évacuer le contenu (membrane proligère, vésicules filles). La cavité sera de nouveau nettoyée au sérum salé hypertonique. Ce n'est qu'après une vérification soigneuse de la cavité à la recherche de diverticules, d'anfractuosités qu'il faut évacuer et stériliser, qu'on pourra apprécier le périkyste : son épaisseur, l'existence de fistules biliaires et leur disposition.

L'utilisation de la solution de formol à 2% ne doit pas être systématique, car on a rapporté des cas d'intoxication formolée. Nous remplaçons la solution formolée par du sérum salé hypertonique chaque fois que le kyste est ouvert dans les voies biliaires. C'est vraisemblablement le passage du formol dans le duodénum qui peut être à l'origine d'intoxication.

B) PROBLEME DE LA CAVITE RESIDUELLE ET DU PERIKYSTE

C'est un problème essentiel qui a soulevé depuis DEVE et qui soulève encore de nos jours des discussions passionnées. Aux tenants de la chirurgie conservatrice s'opposent les promoteurs de la chirurgie d'exérèse radicale. De toutes les méthodes thérapeutiques nous n'envisagerons que les techniques utilisées dans le service du Professeur MANSOURI.

On peut grouper les différents procédés techniques en :

a) Techniques laissant entièrement la cavité en place ou méthodes conservatrices

b) Techniques resequant partiellement la cavité en place.

c) Tebhnique supprimant entièrement la cavité restante.

-=-=-=-

a) TECHNIQUE LAISSANT ENTIEREMENT LA CAVITE EN PLACE

1) Marsupialisation (Lindeman)

Largement décriée à cause de ses complications et du taux élevé de sa mortalité. Elle se résume en un drainage à l'extérieur d'une poche dont tout le périkyste est laissé en place, après suture de l'adventice à la paroi abdominale par des points séparés. On peut assimiler à cette technique le drainage simple de la poche sur une grosse sonde. Cette intervention est illogique et actuellement dépassée. Elle ne peut être que le premier temps d'un sauvetage pour des cas extrêmes.

Si l'intervention chirurgicale dure 1/2 heure, les suites opératoires, une demie année, à condition que des hémorragies intrakystiques, une suppuration grave ou une cholerragie importante n'aient pas entraîné la mort avant ce délai.

Nous l'avons pratiqué chez 7 malades cachectiques ; 3 d'entre eux ayant présenté des complications hemmoragiques et suppuratives importantes ; On compte là deux décès.

2) Drainage interne

Le drainage interne fait appel à deux méthodes qui toutes deux assurent le drainage de la cavité résiduelle dans le tractus digestif.

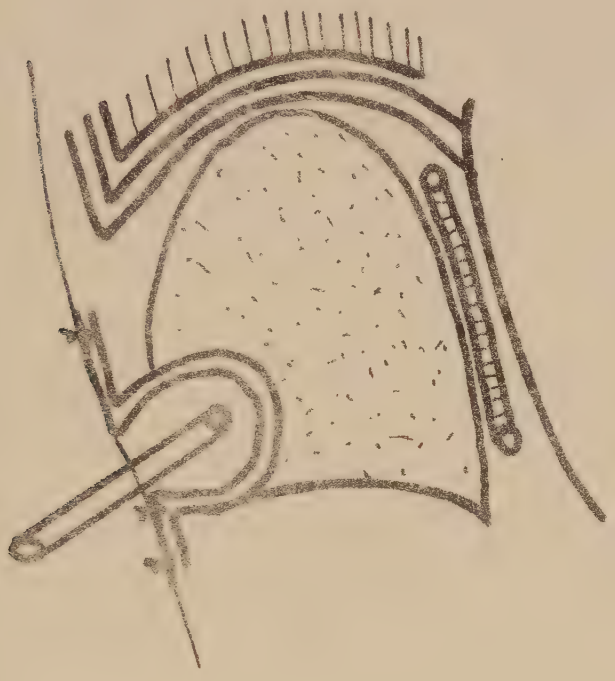
L'une indirecte : c'est la réduction avec sphincteroplastie

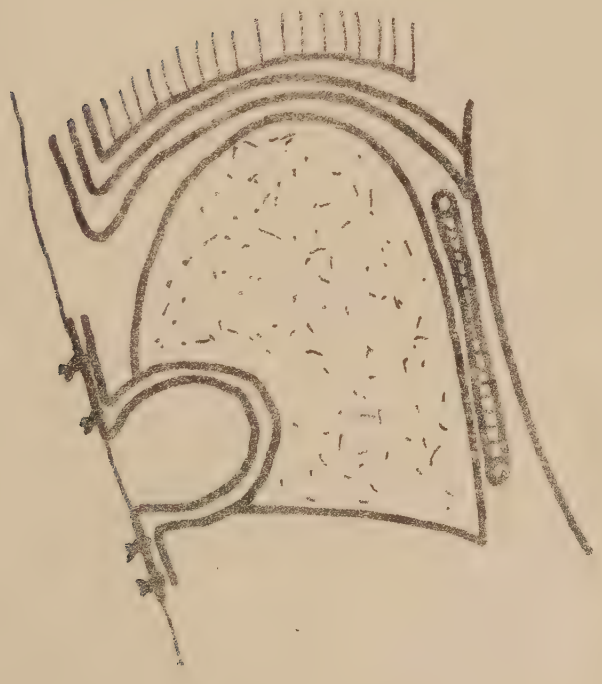
L'autre est directe : par anastomose kystodigestive.

1- La réduction avec sphincteroplastie.

Intervention préconisée par GOINARD en 1958. Etudiant les rapports du kyste avec les voies biliaires, GOINARD attire l'attention sur la fréquence des lésions oed-

MARSUPIALISATION





diennes et attribue les échecs du traitement du K.H.F. à un mauvais drainage interne de la cavité restante à travers un oddi retréci et scléreux. D'autres fois c'est la présence de vésicules filles emigrées dans la V.B.P. qui rend l'abord oddien indispensable et c'est ainsi qu'il introduit la phincteroplastie. La cavité résiduelle se draîne par voie biliaire et peu à peu, s'efface par rétraction progressive. Mais cette technique n'est possible que si la fistule biliaire est large (6 à 12 mm) et déclive. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies la sphinctéroplastie est inefficace. Les inconvénients de cette technique sont les risques de pancréatite aigue post-opératoire ou d'angiocholite par reflux duodénal.

Nous l'avons pratiqué chez 4 malades dans le but uniquement de traiter l'oddite scléreuse, la cavité ayant été traitée par les autres méthodes.

Ainsi, nous pensons que seule l'existence d'une lésion organique à type d'oddite scléreuse, justifie ce geste qui d'ailleurs, n'est pas anodin.

2- L'Anastomose kysto digestive

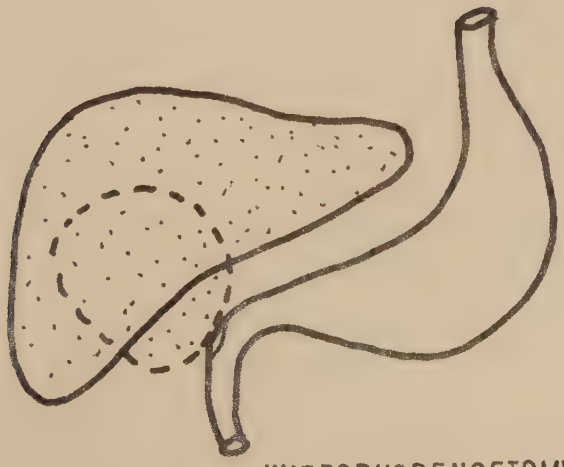
Attirant l'attention sur la difficulté des indications thérapeutiques des énormes kystes rétro et sus hépatiques et dont la communication biliokystique n'est ni large ni déclive pour permettre la sphincterotomie, les auteurs algérois GOINARD, PEGULLO et PELISSIER ont proposé en 1960 une nouvelle technique de drainage interne : la kystojejunostomie par analogie à la kystoentéroanastomose des faux kystes du pancréas.

Cette méthode consiste après évacuation du parasite à anastomoser une anse jéjunale montée en Y à la partie déclive de la cavité restante, amenant un large drainage de la cavité,

TECHNIQUE DRAINAGE INTERNE

SPHINCTEROPLASTIE
(4 CAS)

KYSTO - JEJUNOSTOMIE
(2 CAS)



KYSTODUODENOSTOMIE
(21 CAS)

permettant avec le temps son effacement progressif. Elle évite en outre, la déperdition liquidienne externe très importante dans les gros kystes. Cette méthode est indiquée dans le cas de gros kystes que leur siège et leur connexion vasculaires ne permettent pas de traiter par une méthode radicale et dont l'éventuelle ouverture dans les voies biliaires se fait par des orifices fistuleux :

- fistules de calibre trop étroit pour assurer un drainage satisfaisant de la cavité
- fistules B difficilement accessibles pour être suturées en parfaite sécurité.

K.H central et K de la convexité.

Nous l'avons pratiqué deux fois dans le service dans le cas des énormes kystes de la convexité postéroexterne. Nous avons obtenu d'excellents résultats. Mais la kysto jéjunostomie est une intervention longue et difficile à réaliser chez des malades fatigués.

b) TECHNIQUE RESEQUANT PARTIELLEMENT LA CAVITE EN PLACE :

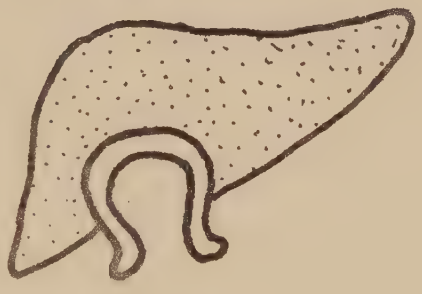
C'est la périkystectomie partielle avec ses différentes modalités.

1) Résection du dôme saillant

Préconisé par MABIT et remise à l'honneur par LAGROT consiste après résection du dôme saillant, a abandonner la partie profonde de l'adventice largement ouverte dans la cavité péritonéale. Un ou deux petits tubes sont mis en place à son contact pour instillation d'antibiotiques et pour permettre le drainage d'un éventuel écoulement biliaire. Elle vise à réduire sans drainage une poche hydatique largement mise à plat, manière indirecte de l'annihiler, laissant au péritoine le soin de

RESECTION DU DÔME SAILLANT OU PERIKYSTECTOMIE PARTIELLE

FERMETURE SUR UN DRAIN EXTERNE 4 CAS



REDUCTION SANS DRAINAGE (MABIT-LAGROT) 81 CAS

78 CAS

FERMETURE DE LA POCHE PAR TUNNELLISATION SUR UN DRAIN SELON TECHNIQUE DE GUEDJ.

résorber les épanchements des premiers jours et aux adhérences le soin de parfaire l'acte opératoire en colmatant la poche abandonnée.

cette technique est susceptible de donner d'excellents résultats en cas des kystes très extériorisés, elle paraît discutable si la portion intrahépatique est relativement importante, on peut assister alors à la formation d'une nouvelle cavité résiduelle, il paraît hasardeux de laisser au péritoire le soin de les résorber sans infection ni adhérence ultérieure (VERGOS et Coll.)

Deux conditions sont donc nécessaire à la réalisation de la méthode de LAGROT

- K. faisant largement saillies hors du foie
- K. à périkyste sain non calcifié, ne présentant aucune fistule biliaire large.

Dans certains cas et dans le but de combler la cavité résiduelle nous avons utilisé l'épiplooplastie de temponement de GOINARD.

La résection du dôme saillant a été pratiquée dans 81 cas soit 31 % avec les techniques suivantes :

- *78 fois selon la méthode de LAGROT*
- *3 fois nous avons pratiqué une épiplooplastie.* Les résultats se chiffrent comme suit :

- 9 abcès sous phréniques
- 4 fistules biliaires externes
- 4 autres complications (pleurésie) purulent hémorragie etc.)
- 9 décès

2) La Tunnellisation

Pour pallier ces graves inconvénients de la résection du dôme saillant de LAGROT et résoudre le problème cavitaire GUEDJ de Constantine met au point une technique obéissant au même

principe que le capitonnage de DELBET : "la tunnellisation"

- la calotte saillante est découpée et maintenue dans sa continuité avec le parenchyme hépatique le fond du péri-kyste inclu dans la glande est étalé et bien visible.
- Premier plan de "plissement" par une couronne de points de catgut, l'aiguille piquant la face interne de l'adventice, donc loin des vaisseaux
- deuxième et troisième plan de plissement, la cavité hydatique souvent énorme se rétrécit de plus en plus et en fin de compte il persiste "au plancher" une gouttière, un tunnel de dimension aussi réduite que désirée, tunnel cathétérisé par un tube minuscule.
- la calotte saillante est reséquée et la tunnellisation terminée.

La tunnellisation peut donc être appliquée là où la méthode de LAGROT est contre-indiquée, c'est-à-dire lorsque le kyste est suppuré, lorsqu'il existe des fistules biliaires.
Les inconvénients de cette méthode :

- risque de blessures des vaisseaux et des canaux biliaires
- impossibilité de tunnelliser les kystes à parois rigides ou calcifiées.

Nous l'avons pratiqué dans 78 cas soit 32 % avec les complications suivantes :

- *une blessure du canal hépatique gauche*
- *une blessure du canal hépatique droit*
- *3 fistules biliaires externes*
- *7 abcès sous phréniques*

On compte là 5 décès.

c) TECHNIQUE SUPPRIMANT ENTIEREMENT LA CAVITE RESTANTE

C'est l'intervention idéale car elle a pour but de supprimer tout le périkyste. Elle résoud le problème cavitaire puisque la cavité résiduelle, débarrassée de l'adventice fibreux devient souple et apte à s'affaisser.

1- Perikystectomie totale à kyste fermé

La périkystectomie en masse, méthode prônée par NAPALKOFF, remise à l'honneur par CONSTANTINI et RIVES. Elle consiste en une décortication au contact de l'adventice par délamination à la rugine ; dans les K.H. calcifiés à parois très épaisses. DEVE qualifiait la perikystectomie d'irrationnelle, inutile et dangereuse. GOINARD l'estime inutile si le kyste est petit, périphérique et calcifié, dangereuse si le kyste est plus profondément enchassé dans le foie, par le risque de blessure des voies biliaires et des vaisseaux.

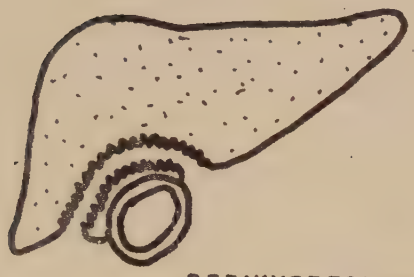
Exécutée avec minutie comme le préconise les chirurgiens russes, c'est une méthode radicale quant les kystes sont extériorisés par rapport au foie et de petit volume ; elle supprime le parasite, la coque rigide et soulage la compression.

La périkystectomie totale ne peut être réalisée sans danger que dans les territoires périphériques, lorsque le kyste est à distance des grands axes vasculobiliaires ; Nous la réservons aux petits kystes calcifiés, aux kystes périphériques plus ou moins pédiculés.

Elle est à proscrire dans les kystes centraux, les kystes postérieurs et les kystes volumineux.

Nous l'avons utilisé 18 fois soit dans 7 % des cas. Nous avons eu une plaie opératoire du canal hépatique droit suivi de décès, une hémorragie interne en post opératoire ayant nécessité une réintervention.

TECHNIQUES RADICALES



PERIKYSTECTOMIE TOTAL 18 CAS

KYSTORESECTION 16 CAS

HEPATECTOMIE ATYPIQUE 17 CAS

DROITE 3 CAS

HEPATECTOMIE REGLEE

GAUCHE 8 CAS

PAR LIGATURE DU PEDUCULE

OU

PAR DIGITOLASIE

2) La périkystectomie totale à kyste ouvert

Elle fut décrite par YOVANOVITCH, le kyste est formolé, ouvert, le parasite évacué, puis l'adventice saisie par des pinces est chargée sur les doigts comme un sac herniaire, est disséquée et entièrement extirpée. Comme l'intervention précédente, il faut acheminer pas à pas entre le périkyste et le parenchyme sain tout en liant les vaisseaux et les canaux biliaires plus ou moins inclus dans le périkyste.

Si le danger d'ensemensement hydatique est écarté, le risque d'hemorragie et d'ouverture des canaux biliaires est aussi grave. Cette technique n'a pas été appliquée dans notre série.

3) Perikystoresection ou hépatectomie atypique

Nous ne faisons pas de différence entre ces deux techniques. La seule chose à retenir c'est que dans l'hepatectomie atypique on enlève une plus grande partie du parenchyme sain. Dans notre statistique, nous avons utilisé la périkystoresection 16 fois soit dans 6 % des cas. L'hepatectomie atypique, 17 fois soit dans 7 % des cas. Dans ces deux modalités techniques nous avons obtenu les complications suivantes :

- 1 hemorragie post opératoire grave ayant entraîné une anurie et le décès du malade
- 1 hemorragie interne qui n'a pu être "rattrapée"
- 5 fistules biliaires externes qui se sont taries
- 1 abcès s/phrénique réopéré et décédé.

4) L'Hepatectomie totale réglée

C'est la résection d'une partie du foie bien définie anatomiquement dans lequel est enchassé le kyste après ligature première des pédicules vasculaires et biliaires.

Il s'agit principalement d'hépatectomie gauche et droite. L'hépatectomie réglée apparaît comme la solution thérapeutique la plus élégante, la plus rationnelle, la plus efficace car elle consiste en l'ablation du kyste, du périkyste et de l'ambiance pathologique périkystique (Bourgeon et Coll.)

En dehors de ses risques hemorragiques graves par blessure de la V.C.I. et des V. sus hépatiques, l'hepatectomie réglée expose au sacrifice d'un parenchyme hépatique encore récupérable (Goinard, Demirleau, Seror).

Quant à nous, il faut opposer du point de vue pronostic les hépatectomies droite et gauche.

L'hepatectomie gauche emporte les segments 2, 3 et 4 souvent réduits à une mince lame de parenchyme. C'est une intervention relativement simple pouvant être menée par voie abdominale. La principale difficulté réside dans la ligature de la veine sus hépatique gauche. La fréquence des accidents hémorragiques à ce niveau doit inciter à la prudence et à une dissection très minutieuse.

Nous l'avons pratiqué 8 fois soit 3,3 % avec un décès par une hemorragie grave, 1 fistule biliaire qui a guéri après 5 mois.

L'Hepatectomie droite c'est une intervention majeure nécessitant toujours une thoracophrénolaparotomie, sa mortalité très élevée s'explique par la fréquence des accidents hémorragiques des perturbations hémodynamiques graves et par l'absence d'une hypertrophie compensatrice du foie gauche. Certaines conditions

doivent donc être réunies avant de poser l'indication d'une hepatectomie droite.

- ecchinococcose strictement limitée à l'hémifoie droit
- hypertrophie compendatrice au niveau du foie gauche C'est une condition essentielle pour décider d'une hépatectomie droite.
- Etat général favorable car c'est une intervention choquante
- Enfin, nécessité d'un bilan radiologique complet et particulièrement l'artériographie sélective et la cavographie qui nous renseignent sur la carte artérielle du foie et sur le degré de compression de la V.C.I.

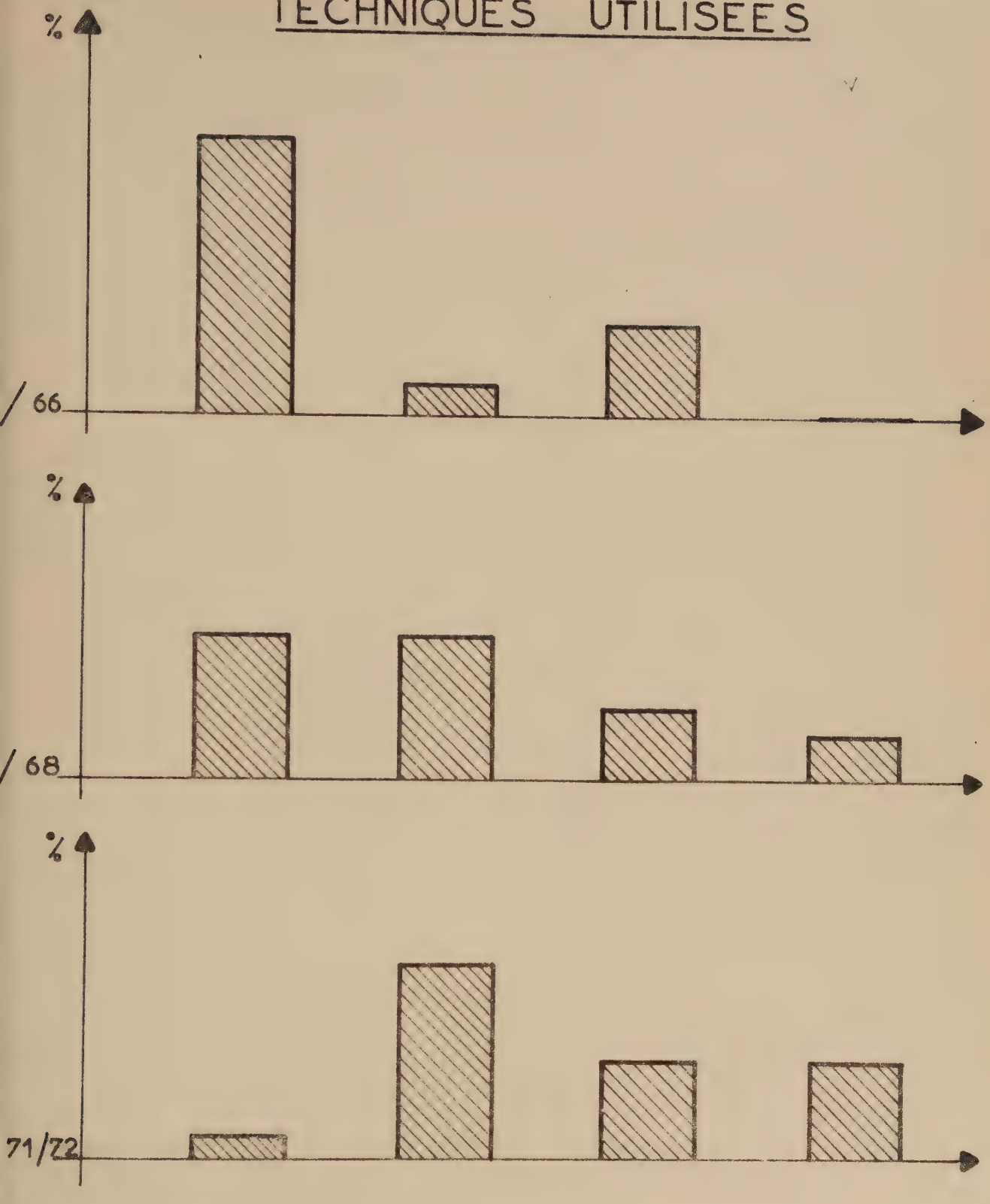
En raison de cette gravité particulière, l'hépatectomie droite a été réalisée 3 fois soit 1,2 % des cas. Les 3 cas ont été suivis de décès inhérents à une hemorragie grave.

Le premier au cours de l'intervention
Le 2ème, 8 jours après l'intervention
Le 3ème, en fin d'intervention

En conclusion, il ressort de cette étude une nette évolution de notre conception du traitement chirurgical du K.H.F. Si en 1965 et 1966, nous avions recours essentiellement à la technique de Mabit Lagrot, depuis 1970 nous traitons les K.H.F. soit par les méthodes radicales, soit par le drainage interne. L'évolution de notre attitude de thérapeutique s'est faite essentiellement dans deux directions : la suppression de la poche résiduelle par la tunnellisation ou par la perikystoresection et le drainage interne par la kystoduodénostomie (tableau III). Nous verrons que cette évolution se traduit par une réduction importante de la mortalité et de la morbidité (tableau IV). Ceci résulte, à notre avis, de notre attitude vis-à-vis de la poche restante.

LEAU IV

TECHNIQUES UTILISEES

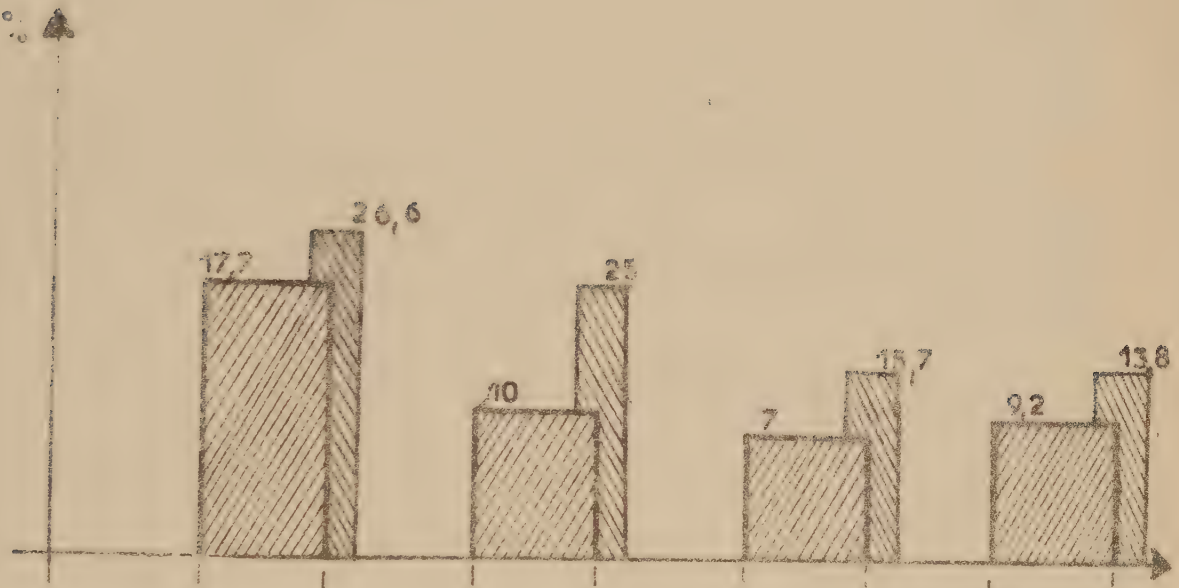


RDS MABIT LAGROT	GUEDJ	HEPATEC PERIKYS	DRAIN INT KYSTODUOD

BLEAU III

MORTALITE GLOBALE = 11 % et (Calculée par année)

MORBIDITE Globale = 21 % calculée sur 240 malades oppérés (et calculée par année)



NNEES	65/66	67/68	69/70	71/72
IALADES OPERES	79	60	57	44
ECES	14	6	4	4
RBIDITE	21	10	9	6

...S D'HOSPITALISATION = FONCTION DE CETTE MORBIDITE

- RESULTATS DES DIFFERENTES TECHNIQUES UTILISEES

  - ° MORTALITE
  - ° MORBIDITE
  - ° CONCLUSION

- KYSTODUODENOANASTOMOSE

  - TECHNIQUE
  - AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE CETTE TECHNIQUE
  - INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS
  - RESULTATS
  - CONCLUSION

-°-°-

RESULTATS DES DIFFERENTES TECHNIQUES UTILISEES

A) Lorsqu'on se réfère aux différentes techniques utilisées

Dans cette statistique l'on se rend compte quelque soit la technique, que certains facteurs rendent ces différentes techniques parfois dangereuses, souvent insuffisantes En effet, lorsqu'on considère :

1- *le taux de mortalité calculé selon les différentes techniques, on s'aperçoit que : (tableau)*

- la marsupialisation et la réduction simple avec drainage donnent le taux de mortalité le plus élevé.

- les techniques les plus fréquemment utilisées à savoir la périkystectomie partielle, la périkystectomie totale et la kystorésection donnent une mortalité variant entre 10 et 14 %.

Il est à noter cependant que la périkystectomie partielle suivie de tunnellisation à "la Guedj" ne donne qu'une mortalité de 4 %. Quant aux techniques des hépatectomies réglées, les gauches donnent une mortalité de 14 % et les droites de 100 %.

2- *le taux de morbidité varie entre 8 % et 50 % selon les techniques utilisées (tableau I)*

B) Lorsqu'on tente d'étudier les facteurs de mortalité et morbidité on s'aperçoit que ce sont les kystes de la convexité postérieure, les kystes médians, les kystes multiples, les K.H volumineux et ouverts dans les voies biliaires, enfin les K.H suppurés qui sont les plus susceptibles de mourir ou de donner des suites opératoires troublées en effet :

LEAU - 1

ESULTATS OBTENUS DAPRES LES TECHNIQUES UTILISEES

TECHNIQUES	Nbre	MORTALITE °/.	MORBIDITE °/.	DELAIS MOYENS D HOSPITALISATION
MARSUPIALISATION	7	30	40	70 j
REDUCTION AVEC DRAINAGE	4	25	50	40 j
RESECTION DOME SAILLANT MABIT LAGROT	81	14	30	42 j
CUED.J	78	4	20	37 j
PERIKYSTECTOMIE	18	11	28	25 j
PERIKYSTORESECTION	16	11	32	35 j
HEPATECTOMIE NON RECLEE	17	11		
HEPATECTOMIE RECLEE C.	8	14	25	45 j
D	3	100		
KYSTOJEJUNOSTOMIE	2	9	4	38 j
KYSTODUODENOSTOMIE	21			

a) Pour ce qui est de la mortalité :

1) Sur 11 K.H. opérés par marsupialisation et réduction avec drainage, nous avons relevé 3 décès : dans ces trois décès nous notons :

3 K.H. volumineux (1 l 1/2 à 4 l)
2 K.H. de la convexité postérieure
2 K.H. multiples
1 K.H. suppuré et ouvert dans les voies biliaire

2) Sur 159 K.H opérés par périkystectomie partielle selon les méthodes de LAGROT et de GUEDJ nous avons noté 14 décès, là aussi nous relevons :

12 K.H volumineux
4 K.H. multiples
8 K.H ouverts dans les voies biliaires
4 K.H. suppurés
7 K.H de la convexité postérieure
3 K.H. médians

3) Sur 62 K.H opérés par périkystectomie totale, périkystorésection ou hépatectomie réglée et non réglée, nous avons relevé 8 décès chez lesquels il existait :

6 K.H. volumineux
4 K.H. multiples
4 K.H ouverts dans les voies biliaires
2 K.H suppurés et ouverts dans les voies biliaires
4 K.H. de la convexité postérieure
2 K.H. médians.

b) pour ce qui est de la morbidité :

1) Sur 11 K.H. opérés par marsupialisation ou réduction avec drainage, nous avons noté 4 complications post-opératoires, dans ces cas il s'agissait de :

4 K.H. volumineux
3 K.H. de la convexité postérieure
2 K.H. multiples
4 K.H. suppurés et ouverts dans les voies biliaires

2) Sur 159 K.H. opérés par périkystectomie partielle selon les différentes modalités, 29 K.H. se sont soldés par des complications post-opératoires chez lesquels il existait :

28 K.H. volumineux
23 K.H. de la convexité postérieure
23 K.H. ouverts dans les voies biliaires
19 K.H. suppurés
3 K.H. multiples
3 K.H. médians

3) Sur les 62 K.H. opérés par périkystectomie totale, la périkystorésection et l'hépatectomie, nous avons noté 13 complications post-opératoires, là aussi nous relevons :

10 K.H. volumineux
9 K.H. ouverts dans les voies biliaires
5 K.H. de la convexité postérieure
5 K.H. multiples
4 K.H. centraux
4 K.H. suppurés et ouverts dans les voies biliaires

-=-=-=-

C O N C L U S I O N

-=-=-=-

Il est certain que les K.H. que nous avons eu l'occasion d'opérer sont presque tous des kystes que nous pouvons dénommer kystes "compliqués", la majorité des kystes rencontrés sont des kystes à topographie "difficile", dont des kystes volumineux, des kystes suppurés ou ouverts dans les voies biliaires, des kystes multiples. Tous ces kystes ont un délai d'hospitalisation élevé (tableau II).

Dans la recherche d'un procédé nouveau mettant les malades à l'abri de ces complications, nous avons pensé utiliser le drainage interne de la poche restante. Certes, le principe du drainage interne de la cavité restante est bien connu puisque dès 1960, GOINARD, PEGULO et PELISSIER réalisaient la première anastomose kystojéjunale sur anse jéjunale exclue montée en Y. Mais l'anastomose kysto-jéjunale est une intervention longue, difficile a réaliser chez des malades fatigués et ne supportant pas une intervention prolongée.

Aussi et sans connaître les travaux de l'école roumaine, nous pratiquons depuis 1967 dans certains cas bien précis, la Kystoduodénostomie. C'est notre expérience de cette technique portant sur 21 cas que nous rapportons.

EAU II

S RESULTATS D'APRES L'ETAT DU K.H

«K.H dits difficiles»

STATISTIQUES PERSONNELLES	MORTALITE	MORBIDITE	DELAIS D'HOSPITALISATION
IOS K H EN GENERAL	11 °/.	21,2 °/.	35 j.
K H DE CONVEXITE Postu — 61 cas —	21 °/.	40 °/.	55 j.
H VOLUMINEUX — 38 cas —	20 °/.	38 °/.	45 j.
K H SUPPURES — 56 cas —	17,6 °/.	58 °/.	45 j.
K H OUVERT DANS LES VOIES . B . — 69 cas —	17 °/.	50 °/.	45 j.
K H MEDIANS — 36 cas —	14 °/.	22 °/.	37 j.
KH MULTIPLES — 88 cas —	17 °/.	30 °/.	35 j.

LA KYSTODUODENOANASTOMOSE

A) TECHNIQUE :

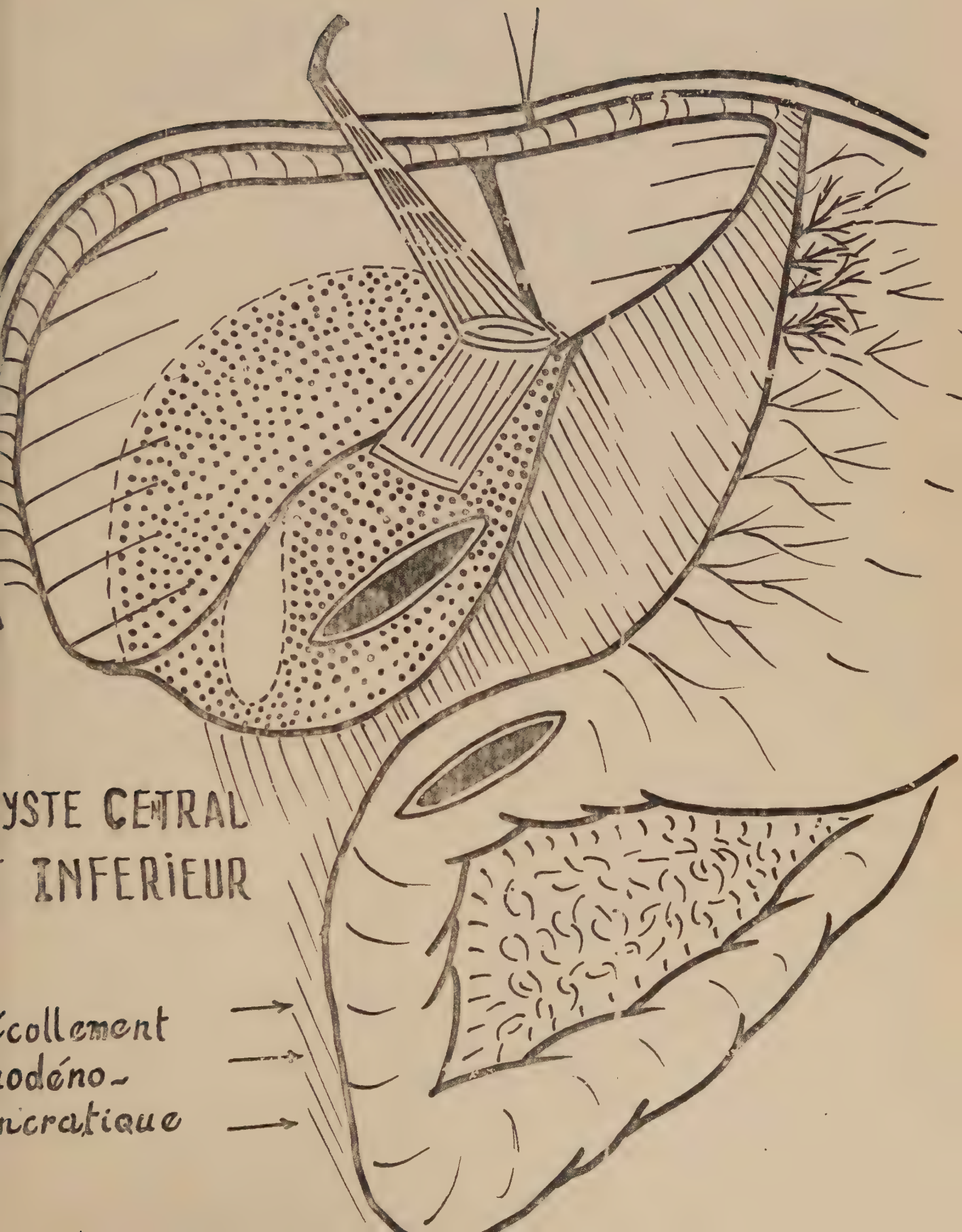
Cette intervention réalise un drainage direct de la poche kystique restante par anastomose de cette poche avec le duodénum. L'intervention est réalisée le plus souvent par une laparotomie médiane susombicale que l'on peut prolonger en sous ombilicale.

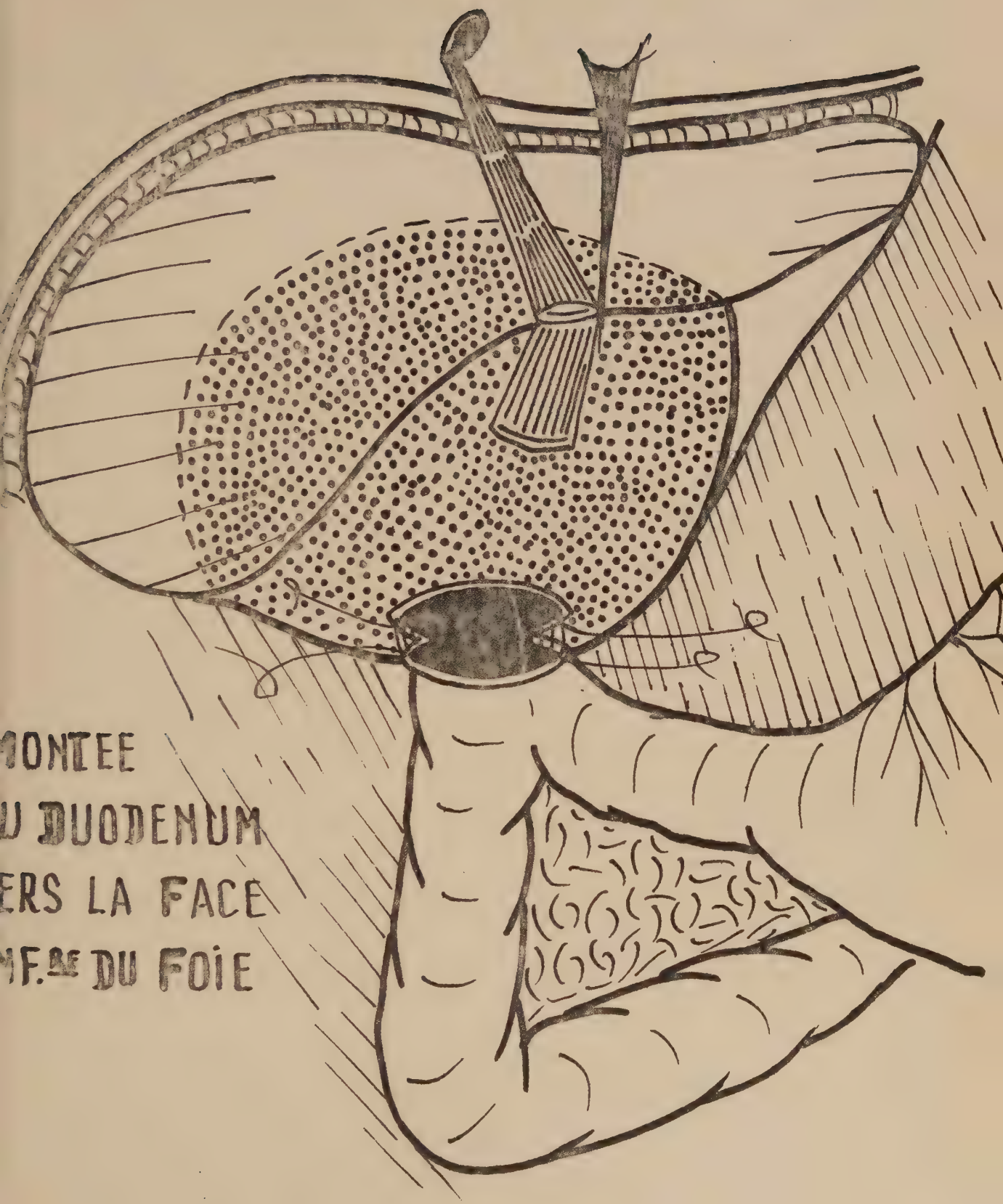
Après exposition du champ opératoire et exploration complète du foie, la topographie du ou des kystes est précisée ; Lorsque le kyste, et ceci est une condition essentielle, affleure à la face inférieure du foie la technique est décidée.

- dans un premier temps et après protection soigneuse du champ opératoire le kyste est ponctionné à son point déclive autant que possible dans la partie où se fera l'anastomose, son contenu aspiré après formolage, la membrane proligère est enlevée.

- dans un deuxième temps, exploration des voies biliaires dissection, intubation du cystique, radiologie des voies biliaires permettant d'étudier la poche kystique et l'état des voies biliaires. Cholecystectomie de principe.

- dans un troisième temps, le duodénum sera "monté" après un décollement duodénopancréatique plus ou moins large selon les circonstances. Après avoir vérifié que l'anastomose est possible, qu'elle ne "tirera pas trop", l'orifice de la poche kystique est agrandi dans le sens longitudinal ; il mesure 3 à 3,5 cm. Une duodénotomie longitudinale est réalisée en-dessous du genus supérius ; l'anastomose est alors faite en


YSTE CENTRAL
INFERIEUR
collement
odéno-
ncratique



MONTEE
U DUODENUM
ERS LA FACE
NF.^ae DU FOIE

un plan au fil non résorbable à points séparés. Après ablation des champs de protection un drainage sous hépatique est mis en place - Sonde gastroduodénale - la paroi est refermée.

Remarque -

Il peut arriver que l'étoffe kystique soit trop importante risquant alors de plicaturer l'anastomose et la rendre inefficace dans ces cas, il est possible de reséquer une partie de cette poche, de la fermer partiellement et de réaliser alors l'anastomose.

Il est important de ne pas faire la duodénotomie trop près du pylore

Il est important d'assurer une bonne hémostase

B) AVANTAGE DE CETTE TECHNIQUE :

Cette anastomose à notre avis réalise un drainage déclive, donc efficace, véritable "anastomose suspendue". Elle semble résoudre le problème des grosses cavités résiduelles suppurées ou non, ouvertes ou non dans les voies biliaires, en contact avec les éléments nobles du pédicule hépatique.

C) INCONVENIENTS DE CETTE TECHNIQUE :

L'un est mineur c'est l'impossibilité d'explorer complètement la poche kystique ; deux autres sont importants :

a) son utilisation nécessite un périkyste "solide"

b) cette technique n'est utilisable que lorsque le kyste affleure à la face inférieure du foie. Elle n'est donc pas utilisable dans tous les cas.

D) INDICATIONS ET CONTRE INDICATIONS :

a) Il semble que la technique est utilisable toutes les fois qu'il s'agit de kyste postérieur ou médian, affleurant à la face inférieure du foie. En particulier quand ces kystes

sont volumineux laissant une large poche, quand ils sont ouverts dans les voies biliaires, quand ils sont suppurés.

b) les contre-indications sont essentiellement représentées par : K. calcifiés
K. foie gauche
K. à développement strictement supérieur ou antérieur
Les petits kystes à liquide clair ne laissant qu'une petite cavité résiduelle
Les kystes pédiculés ou peu adhérents au parenchyme, justiciable d'une périkystectomie totale à kyste fermé.

RESULTATS DE LA KYSTODUODENOSTOMIE

21 malades ont été traités selon cette technique

8 K. de la convexité postérieure
18 K. centraux
13 K. volumineux
6 K. ouverts dans les voies b-liaires
2 K. suppurés
10 K. à retentissement portal ou cave

a) MORTALITE - 2 Décès : Voici ces deux décès : (Obs. N°8)

1) Dossier 17/70 : Kystes hydatiques multiples + kyste hydatique du rein gauche. Résection des kystes superficiels. Kystoduodenostomie pour le kyste de la convexité postérieure à travers un kyste de la face inférieure du foie (schéma). Résection du kyste rénal. *Les suites opératoires* d'abord normales sont troublées dès le 9e jour par l'apparition de Melaenas répétés obligeant à une réintervention un mois après la première : découverte d'un bloc inflammatoire saignant au moindre contact au niveau de l'anastomose. La kystoduodenostomie est supprimée : pas de sang dans la poche kystique, fermeture duodénale.

Les suites de cette deuxième intervention sont troublées par des hématèses importantes emportant la malade. En somme kystoduodénostomie, hémorragie post-opératoire. La cause de cette hémorragie semble être située au niveau de ce bloc inflammatoire constaté lors de la deuxième intervention.

2) Le 2e décès concerne l'Observation n° 13 dossier 14/71 (voir page)
Volumineux kyste hydatique occupant les segments 6 et 7, affleurant à la face inférieure du foie dans la région du collet vésiculaire. Décollement duodéno pancréatique difficile. Kystoduodenostomie et traitement d'autres kystes siégeant au niveau du foie gauche. Suites opératoires immédiatement troublées par des vomissements bilieux incoercibles. L'aspiration gastrique donne 4 L par jour pendant les premiers jours. L'Etat général de la malade décline rapidement. T.G.D. pratiqué d'urgence 10 jours après l'intervention soulève le diagnostic d'invagination intra gastrique chez cette femme devenue cachectique et qui présente des troubles biologiques graves.
Réintervention d'urgence : atrophie jaune de tout le foie. Dilatation énorme de l'estomac, jejunostomie d'alimentation : décès : A l'autopsie, invagination rétrograde du duodénum dans l'antre. Prélèvement hépatique (voir page).
L'analyse de ces décès permet de les mettre tous les deux sur le compte de la technique utilisée, si le premier décès par hémorragie reste difficile à expliquer : bloc inflammatoire hypervascularisé ? par lachage partiel ? érosion d'un vaisseau duodénal ? Le deuxième décès par contre, dû à une invagination rétrograde du duodénum vers l'antre aurait pu être évité. Il semble en effet dans ce cas que la duodénotomie a porté trop près du pylore et que l'indication était trop "poussée".

b) MORBIDITE -

Hormis ces deux cas, tous les autres malades ont eu des suites simples, les seuls incidents observés se sont résumés dans l'apparition de clochers thermiques à 39-40 survenant après les repas et durant environ une dizaine de jours pour disparaître spontanément. Nous les attribuons soit à la persistance des sécrétions dans la cavité kystique restante ; soit à un reflux alimentaire labil. Il est bon de noter que nous n'avons enregistré aucun lachage de suture. La durée d'hospitalisation moyenne (voir tableau I) a été de 25 jours.

E N C O N C L U S I O N

La kystoduodénostomie semble être une technique simple et rapide, nous la préférons à la kystojejunostomie plus longue et plus choquante. Elle peut résoudre le problème des suppurations chroniques de ces vastes poches restantes et de traiter sans danger certains kystes ayant des rapports intimes avec les éléments nobles du pédicule hépatique. *Quant au devenir lointain de cette anastomose,* il ne semble prêter à aucune conséquence. En effet, tous nos malades ont été revus après un an et plus, leur état général et fonctionnel est satisfaisant, les clichés radiologiques post-opératoires tardifs montrent bien la disparition des cavités restantes probablement par rétraction scléreuse. Seul, reste, témoignant de cette intervention, un "accrochage" assez haut du duodénum, sans aucune conséquence pathologique.

Comparée aux autres techniques pour *les mêmes cas opérés* il nous paraît incontestable que la kystoduodénostomie diminue et la morbidité et la mortalité.et le délai d'hospitalisation de ces malades. Pour toutes ces raisons, il nous paraît logique de voir cette technique entrer pour une bonne part dans l'arsenal thérapeutique de certains kystes hydatiques, maladie toujours réputée bénigne, mais qui ne continue pas moins à poser aux chirurgiens des problèmes de tactiques opératoires sérieux.

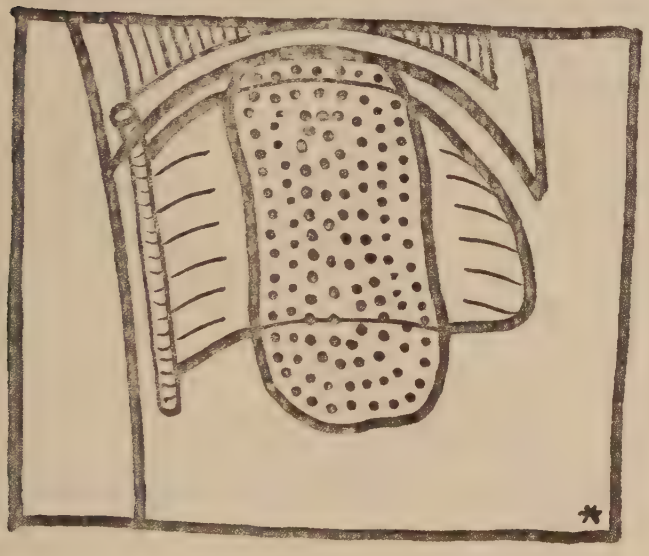
N O S O B S E R V A T I O N S

OPOGRAPHIE DU KYSTE

KYSTE CONVEXITE POST.re

* Profil

KYSTE CENTRAL LOBE Dt



KYSTE CONVEXITE POST.re

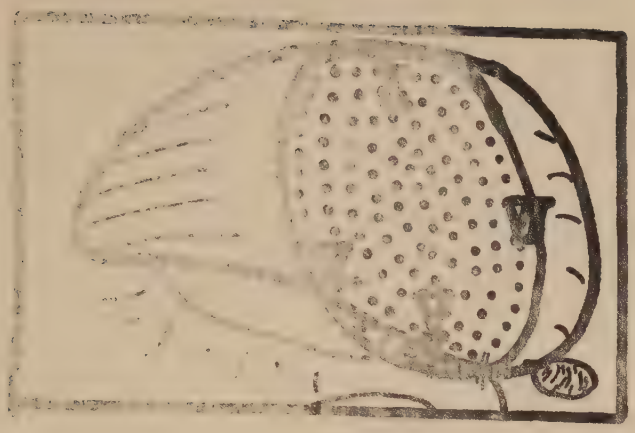
KYSTE FACE INF.RE &
PARA PEDICULAIRE

KYSTE PARA PEDICUL.RE

KYSTE CENTRAL INF.EUR

* K.D.

VII

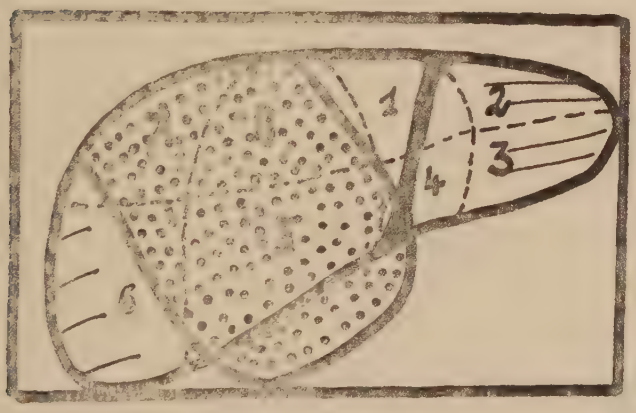


VUE INFERIEURE FOIE

VIII

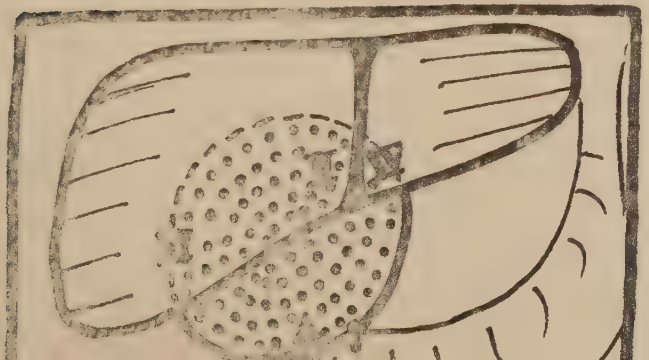
KYSTES MULTIPLES

IX



VUE SUP.RE FOIE AVEC KYSTE PROJECTION SEGM.EM

X



KYSTE CENTRAL

XI

K.H central

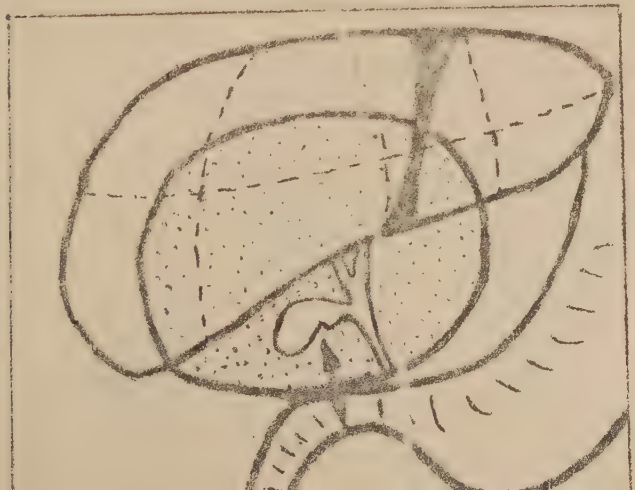
XII

K.H. central

XIII

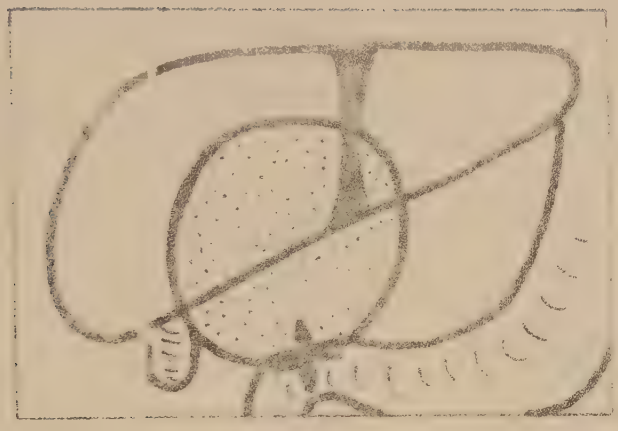
K.H. central

XIV



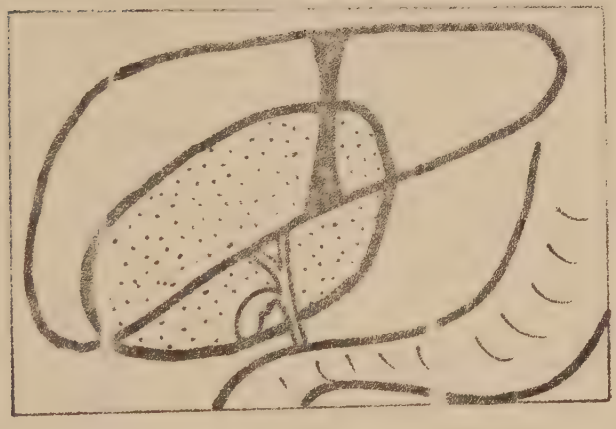
K.H. central

XV



K.H. Central

XVI

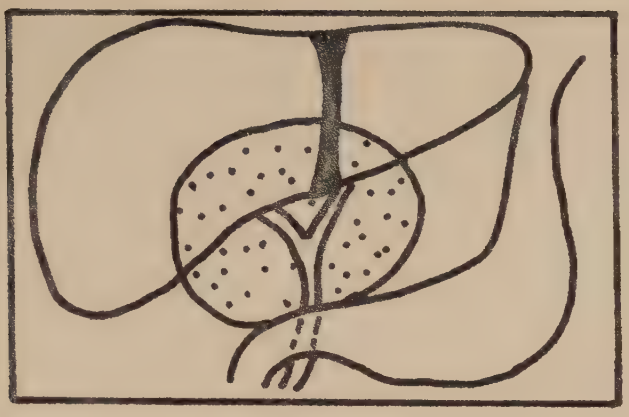


K.H. Central

XVII

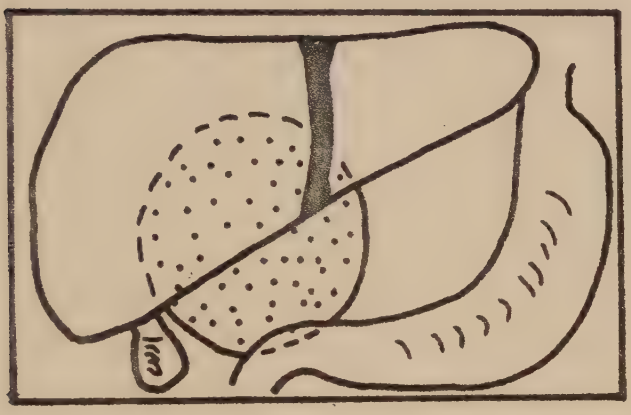
K.H. central

Obs XVIII



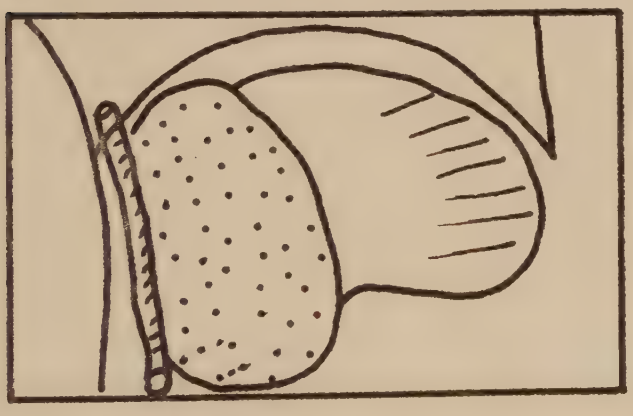
KYSTE CENTRAL

Obs XIX



KYSTE CENTRAL

Obs XX



KYSTE CONVEXITE

Obs XXI

KYSTE CONVEXITE
Postre

O B S E R V A T I O N N° 1 - DOSSIER 3/67/KH : L'enfant H...

Zohra est âgée de 12 ans, elle nous est adressée du service de chirurgie thoracique avec le diagnostic de kyste hydatique du foie. La scène clinique est dominée par un état général précaire avec anémie et une énorme tumeur occupant la région épigastrique et l'hypocondre droit avec circulation collatérale de type porto-cave et cavo-cave. Il n'y a pas de syndrome hémorragique, pas d'ascite, pas d'oedème des membres inférieurs. Les radiographies thoraciques et la bronchographie lipiodolée sont en faveur d'un kyste hydatique de la convexité postérieure droite ayant peut-être fait hernie à travers le diaphragme et refoulant l'arbre bronchique inférieur qui paraît dilaté. La scintigraphie confirme la topographie postérieure droite. La splénoportographie montre une veine porte horizontalisée refoulée en bas ; sa bifurcation est écartelée par une grosse masse avasculaire. L'artériographie sélective du tronc coeliaque confirme l'existence d'une énorme expansivité avasculaire de topographie postérieure. L'artère diaphragmatique droite très augmentée de diamètre donne une vascularisation de type inflammatoire. Enfin, la cavographie montre une veine cave très comprimée, le contraste reflue dans les veines para vertébrales et azygos. L'on décide donc d'intervenir chez cette enfant, avec le diagnostic de gros kyste de la convexité postérieure droite, comprimant la veine porte et provoquant une gêne importante à la circulation de retour hépatique.

INTERVENTION LE 12/12/1966 : Incision de type Auvert passant par le 9ème espace droit. Enorme kyste hydatique postérieur dont toute une partie vient s'extérioriser au niveau du pédicule hépatique. La prise de pression par une veine iléale montre l'existence d'une petite hypertension portale.

Par l'extériorisation pédiculaire et après isolement du pédicule hépatique, on ponctionne le kyste, on en retire 2 l800 d'un liquide clair. Il n'y a aucune trace de fistulisation à travers le diaphragme. Mais le kyste adhère fortement à la V.C.I si bien que la résection du dôme saillant après formolage demeure économique. Fermeture de la poche du côté diaphragmatique et kystoanastomose de drainage en 1 plan à la soie noire. Voies biliaires normales à la palpation et à l'inspection. Biopsie du foie droit et du foie gauche. Un drain sous diaphragmatique droit et un drain sous hépatique. Fermeture pariétale.

SUITES OPERATOIRES : Les 20 premiers jours, suites opératoires bonnes. Mais par la suite et pendant 15 jours, accès fébriles à 40 ° en relation avec un reflux alimentaire dans la poche kystique mis en évidence par le transit gastro-duodénal. Tout finit par rentrer dans l'ordre et la malade quitte le service le 26 Janvier 1967, soit 45 jours après l'intervention.
Elle est revue le 3 février 1969, soit plus de 2 ans après, en excellent état général et local, ne se plaignant de rien. Un nouveau transit gastro-duodénal montre l'absence de toute poche, une bonne évacuation gastrique et duodénale malgré un duodénum un peu "haut".
Revue le 26 Septembre 1972, enceinte de 5 mois et mère d'un enfant, ne se plaint d'aucun trouble.

Obs. n°1

S.P.T.: tronc et bifurcation de la V.P. refoulés vers le bas et horizontalisés

artério.coeliaque de face : Zone avasculaire de topog. Postr.

T.G.D. précoce Visualisation de la poche

T.G.D. tardif : disparition de la poche kystique, le duodénum reste accroché.

O B S E R V A T I O N N° 2 - DOSSIER 14/67 : Madame R....H., âgée de 32 ans, hospitalisée pour hépatomégalie volumineuse et isolée. La Casoni est +, éosinophilie à 4 %. La scintigraphie hépatique montre un gros défect coupant le foie en deux. Ce dernier est hypertrophié et déplacé en bas et à gauche. La coeliacographie et la cavographie confirment l'existence d'un énorme kyste hydatique occupant la presque totalité du foie droit et se prolongeant en arrière et en bas.

INTERVENTION : Incision d'Auvert dans le 8ème espace avec section du diaphragme. On est immédiatement frappé par l'énorme hypertrophie antéro-postérieure du lobe gauche et l'existence d'un énorme kyste hydatique (2 15) dont le siège principal est central occupant le lobe de spiegel et le lobe carré se développant en arrière sur le lobe droit si bien que ce lobe présente en son milieu une zone complètement scléreuse entre 2 zones de parenchyme sain.
Les éléments du pédicule hépatique sont étalés et c'est pas une dissection minutieuse et prudente que l'on arrive à découvrir que la veine porte et le cholédoque ont été considérablement étirés vers le haut et comprimés si bien que le hîle hépatique se trouve en position sous diaphragmatique médiane et que la veine porte a été prise à un moment pour la veine cave inférieure. Le contrôle radiologique par le cystique lui-même très long, confirme cette topographie, montre la dilatation considérable de toutes les voies biliaires, mais pas d'obstacle.

Bons passages duodénaux.

L'artère hépatique quant à elle est difficilement individualisable et l'on se contente de lier une longue branche destinée à la vésicule.

Tout ceci n'est découvert qu'après vidange et formolage du kyste. Il n'y a pas d'ouverture du kyste dans les voies biliaires.

Le drainage de cette énorme poche restante est confiée à une kysto-duodénostomie qui est faite au point le plus déclive c'est-à-dire au niveau de l'extrêmité inférieure de la face inférieure du lobe droit.

Drain sous hépatique
Drain trancystique - cholecystectomie
Refection de la brèche diaphragmatique
Fermeture de la plèvre
Fermeture pariétale en 2 plans après biopsie lobe gauche, lobe droit. Photos per opératoires.

RESULTATS HISTOLOGIQUES : Le prélèvement au niveau du foie droit montre un élargissement des espaces porte qui sont le siège d'une fibrose et congestion intense avec ectasie et un aspect pseudo cavernomateux des vaisseaux. De même dilatation des canaux biliaires.

SUITES OPERATOIRES : Bonnes sauf accès fébriles présentés dans les 16 jours post opératoires. Un contrôle radiologique des voies biliaires au 11ème jour par drain trancystique montre une très nette diminution de la dilatation des voies biliaires. Un T.G.D. pratiqué un mois après l'intervention montre une poche kystique se remplissant et se vidant rapidement. Suites lointaines : la malade est revue le 5 avril 1969 soit 2 ans après l'intervention. T.G.D. : duodénum étiré vers le haut, pas de poche, pas de stase.

O B S E R V A T I O N N° 3 - DOSSIER 17/67 : CH..S. enfant de 13 ans vient consulter pour hépatomégalie volumineuse, ferme, indolore, régulière, débordant sur l'épigastre et l'hypocondre gauche. Casoni + Eosinophilie à 17 %. Scintigraphie hépatique : gros foie déplacé à gauche par masse expansive probablement kystique. La coeliacographie confirme le diagnostic et montre un tronc coeliaque fortement repoussé à gauche ; les artères hépatiques sont dissociées par une masse avasculaire. La cavographie montre une veine cave inférieure comprimée et déplacée à gauche.

INTERVENTION LE 5/6/67 : L .M.S.O. dépassant l'ombilic à gauche il existe effectivement un énorme kyste hydatique de la convexité postérieure droite dont l'une des surfaces affleure au niveau de la face inférieure du foie. Ce kyste est du volume d'un gros ballon de foot-ball, il existe par ailleurs sur le dôme antérieur du lobe gauche deux petits kystes de la taille d'une petite mandarine. Compression de la veine porte qui est dilatée, pédicule hépatique étalé. Ponction et formolage du kyste. Résection du dôme saillant au niveau de la convexité postérieure. Au cours de ce temps, la plèvre est ouverte et une hyperpression intempestive au cours de la fermeture provoque un emphysème sous-cutané qui se généralise rapidement, en même temps que la malade se cyanose. Après oxigénation et assistance respiratoire tout semble rentrer dans l'ordre. On pratique par l'affleurement du dôme au niveau de la face inférieure du foie, juste au dessous de la vésicule, une kysto-duodénostomie. Traitement rapide de deux petits kystes de la convexité gauche qui sont ouverts dans les voies biliaires. Fermeture de la cavité sur drain.

SUITES OPERATOIRES : Pneumo thorax gauche puis droit. Aspiration pleurale bilatérale ; nette amélioration. Tableau d'atélectasie gauche impressionnant. Bronchoaspiration d'urgence.

Dès lors suites normales. La malade quitte le service le 10/7 67. Revue 3 mois après en excellent état général et local. T.G.D. de contrôle montre disparition de la poche kystique. Revue le 20/8/71 et le 20/10/72 en parfait état général et local. Un nouveau T.G.D. montre la disparition totale de la poche kystique.

OBS. N° 3

oeliacographie : Tronc coeliaque
efoulé à gauche.

Cavo. de face : V.C.I. comprimée
et déplacée vers la gauche.

G.D. précoce (2 mois)
ésence de la poche kystique.

T.G.D. 5 ans après : disparition
de la poche kystique.

O B S E R V A T I O N N° 4 - DOSSIER 2/69 : Mme KH...Mes...

âgée de 30 ans, venue consulter pour tumeur de l'hypocondre droit précédée il y a un mois d'une hématémèse grave. A l'examen splénomégalie et hépatomégalie importantes. Légère circulation collatérale, pas d'ascite. Les examens biologiques ne montrent rien de probant ; par contre, la scintigraphie hépatique met en évidence un gros foie droit. Il existe un large défect au niveau du bord inférieur droit se prolongeant à gauche par deux autres défects. Radioactivité splénique. Le T.G.D. permet de noter un refoulement antérieur du D1 D3, par une formation prévertébrale. La splénoportographie montre un reflux mésentérique et surtout met en évidence de grosses varices oesogastriques avec gros développement des veines gastriques postérieures. La veine porte est verticalisée. Aspect angiomateux de la bifurcation. La coeliacographie et la sélective de l'artère hépatique confirment la pauvreté de cette vascularisation hépatique. La cavographie montre la compression légère, mais sans circulation de dérivation.
En somme, hypertension portale décompensée qui semble être due à une compression du tronc porte par un kyste hydatique.

INTERVENTION LE 18/12/68 : L.M.S.O. Il existe une masse polylobée prenant toute la face inférieure du foie passant sous l'hiatus de Winslow et prenant également la face inférieure du lobe gauche. La vésicule est lithiasique. Il existe un petit kyste du bord antérieur du foie à sa partie externe. Rate augmentée de volume. Les veines de l'étage sus mésocolique sont dilatées. Hypertension portale segmentaire.
On libère quelques adhérences retenant la vésicule à la face droite du kyste. Ce dernier est vidé, formolé. Le contenu du kyste est clair. Après vidange du premier kyste, l'on pense un moment que le kyste situé à la face inférieure du lobe gauche est indépendant du premier. En fait, il s'agit d'un

énorme kyste à multiples logettes. La kystectomie serait hasardeuse du fait que ce kyste contracte des rapports étroits avec le hile et que les éléments du pédicule semblent laminer par son plafond. On décide de procéder à une kysto duodénoanastomose ; celle-ci est pratiquée entre l'ouverture première du kyste et la face externe de D2 sur 2 cm. On enlève la vésicule biliaire après qu'un contrôle eut montré la vacuité de la V.B.P. et un passage libre à travers l'Oddi. On traite finalement le dernier kyste par ponction, formolage du foie gauche et du foie droit. Drain sous hépatique. ATB locaux. Fermeture plan par plan.

SUITES OPERATOIRES : simples, mis à part un état fébrile qui persiste 12 jours. Le 4 Janvier 1969, la malade quitte le service en excellent état général. Revue le 30/4/70 pour hématémèse avec anémie importante. Persistance probable de l'hypertension portale. La malade sort contre avis médical et refuse toute exploration radiologique. Revue le 25/5/73 en état général satisfaisant.

O B S E R V A T I O N N° 5 - DOSSIER 25/69 :Madame Ben.Y...

âgée de 49 ans, originaire du Titteri, admise dans le service pour tumeur de l'hypocondre droit avec hépatomégalie et douleur de l'hypocondre droit, le tout évoluant depuis 2 ans, la scintigraphie hépatique montre un foie droit verticalisé avec un très gros défect de toute la partie gauche du foie droit et de tout le foie gauche. Cholecystographie montre lithiase vésiculaire avec vésicule horizontalisée. Il semble s'agir d' un énorme kyste hydatique intéressant foie droit et foie gauche.

INTERVENTION LE 22/9/69 : Découverte d'un kyste hydatique de la taille d'un cantalou, occupant tout le foie gauche débordant sur le foie droit. Un autre kyste hydatique de la taille d'une orange occupant le pédicule hépatique et ayant modifié tous les rapports du contenant, affleurant le 1er duodénum. Une hypertrophie du foie droit. Ponction et formolage et résection du dôme saillant du kyste du foie gauche. Cholecystectomie. Ponction et formalage du kyste pédiculaire au point le plus déclive. On décide une kystoduodénostomie étant donné que le duodénum est tout proche. Anastomose de 3 cm au fil de soie en un plan extra-muqueux. Suspension de l'anastomose par point prenant le péritoine duodénal et le péritoine du pédicule hépatique.

SUITES OPERATOIRES : excellentes. Malade sortant au 18e jour. Revue le 26 Juin 1972 : excellent état général, petite éventration cicatricielle.
Le 28 Septembre 1971 : T.G.D. de contrôle montre une disparition de la poche kystique. Duodénum étiré vers le haut.

OBS. N° 5

Scintig. de face : un gros défect de la partie gauche du foie dt et de tout le foie gauche.

.G.D. de contrôle 2 ans après : isparition de la poche.

O B S E R V A T I O N N° 6 - DOSSIER 34/69 : Monsieur LA....

K.. âgé de 32 ans, admis dans le service pour tuméfaction de l'hypocondre droit apparue depuis 3 ans et douleur de l'hypocondre droit à irradications dorsales et scapulaires gauches. La scintigraphie hépatique montre un foie étalé horizontalement et un petit défect à la face inférieure du lobe droit. Le T.G.D. montre un refoulement en masse de l'estomac à gauche et un fond gastrique abaissé. Le lavement baryté montre au niveau du transverse une image traduisant une compression extrinsèque probable du colon par la tumeur.

INTERVENTION LE 11/11/69 : L.M.S.O. qui montre une volumineuse tumeur kystique dont le versant droit est intimement accolé à la paroi ; le flanc gauche de ce kyste est adhérent au transverse. Par ailleurs, le pôle supérieur plonge en arrière derrière le pédicule hépatique, vésicule apparemment saine, enfin l'exploration de l'estomac, de la rate et du reste du tube digestif ne révèle rien de particulier. Il existe une hypertrophie compensatrice au niveau du foie droit. L'on s'entoure des précautions habituelles après libération du kyste tant de la paroi que du colon transverse. Ponction, aspiration, formolage. On retire ainsi 4 L500 de liquide hydatique. On résèque 4/5 de la paroi du kyste ; une dissection poussée nous permet de nous rendre compte que la partie inférieure de la poche restante est attenante au duodénum, l'on décide de pratiquer une kystoduodénostomie. On ferme donc la poche restante, on pratique une ouverture latérale à la partie déclive du kyste, on ouvre le duodénum au niveau du D2 et l'on réalise une kystoduodénostomie en deux plans. Drain sous hépatique. Biopsie hépatique montre parenchyme hépatique présentant une architecture histologique normale. Il existe une fibrose inflammatoire de certains espaces portes.

SUITES OPERATOIRES - Suites simples, des poussées thermiques (39°) le 1er, 2e et 3e jour ainsi que le 7e, 8e jour (38°) aucun trouble de transit. Le malade est sorti le 5/12/69 en excellent état général et local. Réadressé à son médecin ce même jour. Ce malade a été perdu de vue.

O B S E R V A T I O N N° 7 - DOSSIER 2/70 : Melle BOU.. Y...

âgée de 15 ans, habitant Laghouat, a été admise dans le service pour douleurs de l'hypocondre droit avec légère hépatomégalie. Le début semble remonter à 4 mois seulement avec altération de l'état général (Casoni + P.E. 4%). Le téléthorax montre une sur élévation en brioche de l'hémi-diaphragme droit. La scintigraphie hépatique montre un gros foie amputé par une masse hypofixiante dans sa région postérieure et supérieure. Le T.G.D. de profil montre un refoulement du duodénum en avant par une masse postérieure. La voie biliaire principale sur les cholangiographies est refoulée à gauche par une masse au pourtour calcifié.

INTERVENTION LE 31/12/69 : L.M.S.O. à l'ouverture du péritoine on s'aperçoit d'une grosse hypertrophie du foie gauche qui est une hypertrophie de stase. Ceci est du à un gros kyste hydatique du foie du volume d'un cantalou. La situation de ce kyste qui occupe les segments 1 et 4 et probablement les segments 5 et 6 est donc une situation médiane en rapport étroit avec le pédicule hépatique et les éléments de ce pédicule. Il refoule par ailleurs l'estomac et attire à lui le duodénum. Le kyste affleure d'environ 2 cm sous l'hiatus de Winslow. Il existe par ailleurs une lithiase para hydatique avec vésicule inflammatoire. L'on commence par repérer le pédicule hépatique et la voie biliaire principale après dissection du cystique. Après protection du champ opératoire, le kyste hydatique est ponctionné, formolage. La ponction du kyste ramène 1 L5 de liquide clair. Elargissement de l'orifice de ponction qui donne une ouverture de 3 cm environ.
Duodénotomie longitudinale de 3 cm. Anastomose kysto-duodénale en 1 plan selon la technique habituelle. Cholécystectomie après contrôle radiologique des voies biliaires.

En somme, kyste hydatique médian. Kysto duodénostomie.

SUITES OPERATOIRES : Malade présentant quelques clochers thermiques les 15 PREMIERS JOURS. Puis tout rentre dans l'ordre. Sortant le 29/1/70 : T.G.D. de contrôle : poche visible semblant bien se vider dans un duodénum étiré vers le haut. Le 31/7/70 : malade revue en bon état général et local. Nouveau T.G.D. montre la disparition de la poche kystique.

O B S E R V A T I O N N° 8 - DOSSIER 17/70 : Mme F....R.....

âgée de 51 ans, originaire de Sétif est admise dans le service pour tumeur du flanc droit, débordant dans la fosse iliaque droite, apparue depuis 8 mois, de la taille d'une grosse orange. Avec cette tumeur, apparition de douleurs rétrosternales et de l'hypocondre droit à type de torsion. La scintigraphie hépatique révèle un gros foie avec des images lacunaires sur le bord droit du lobe droit et sur le lobe gauche. L'urographie intra-veineuse pratiquée laisse suspecter un kyste hydatique du rein gauche associé.

INTERVENTION LE 8/7/70 : L.M.S.O. grosse hypertrophie des deux lobes hépatiques. A droite : 2 kystes hydatiques à bord inférieur extériorisé et un gros kyste hydatique de la convexité postérieure. A gauche : 1 kyste à cheval sur les segments II et III. Sur le rein gauche, gros kyste hydatique du pôle inférieur. Vésicule lithiasique. Voie biliaire principale dilatée. Résection des kystes superficiels. Kystoduodénostomie pour le kyste postérieur à travers un kyste antérieur (voir schéma). Résection du kyste rénal gauche. Intervention longue et choquante.

SUITES OPERATOIRES : troublées par des rectorragies de sang rouge et une température à 38°. Ces rectorragies sont répétées pendant 10 jours environ. Malgré le traitement des hemorragies il persiste un état syncopal à répétition.

REINTERVENTION LE 18/8/70 : médiane itérative. Après libération des adhérences on constate : un épanchement bilieux dans l'hypocondre gauche, un épanchement bilio purulent sous diaphragmatique droit. Bloc inflammatoire saignant au contact au niveau de l'anastomose. On supprime la kystoduodénostomie bien qu'il ne soit pas évident que l'hemorragie en provienne car ni le grêle ni le colon ne contiennent de sang.
Le 14/8/70 : hématémèse importante et décès en callapsus.

O B S E R V A T I O N N° 9 - DOSSIER 20/70 : Mme D... MES...

âgée de 35 ans, originaire du Titteri, est admise dans le service pour tumeur de la taille d'une tête d'enfant, apparue il y a deux mois sur un fond de douleurs de l'hypocondre droit remontant à 4 ans. Par ailleurs, hypatomégalie de trois travers de doigt (Casoni + P.E. 8%). Le téléthorax montre une ascension en bloc de l'hémicoupole diaphragmatique droite La scintigraphie hépatique, un gros foie déplacé à gauche avec défect de la face inférieure du foie droit. Le T.G.D. montre un refoulement de la région antro-bulbo-duodénale en avant et à gauche. Il s'agit donc d'un kyste hydatique du foie dont la topographie exacte n'a pu être précisée

INTERVENTION LE 9/9/70 : découverte de 2 kystes l'un antérieur de la taille d'une tête de nouveau-né, qu'on traite par résection du dôme saillant. Découverte d'un autre kyste du dôme hépatique et un troisième kyste pointant à la partie inféro-postérieure du segment V. La radiographie per opératoire montre la V.B.P. libre et normale, arborisation biliaire amputée au niveau des segments VII et VIII. Ponction du kyste du segment V (partie inféro-postérieure) entraîne l'affaiblissement totale du kyste de la convexité. La communication entre ces deux kystes est donc certaine et importante ; aussi on traite ces deux kystes par une dérivation interne kysto-duodénale en un plan au trinyl. On traite la petite poche restante du premier kyste par une suture en deux plans au catgut chromé (profondeur 2 à 3 cm).

SUITES OPERATOIRES : Bonnes suites opératoires, sortante au 20e jour. Revue le 4/12/70 : bon état général, poche kystique affaissée. Pas de symptomatologie douloureuse.

- 24/6/71 : bon fonctionnement de l'anastomose. Pas de poche visible, simple accrochage du génus supérieur

- 18/10/72 : elle a accouché il y a un an d'un enfant vivant bien portant. Aucun trouble digestif. T.G.D. de contrôle : disparition de la poche kystique.

O B S E R V A T I O N N° 10 - DOSSIER 21/70 : GN..N... âgée de 30 ans, originaire de Tebessa, admise dans le service pour tuméfaction sous costale droite d'origine hépatique avec douleurs vives et permanentes de l'hypocondre droit, calmées par vomissements. Casoni +. A la scintigraphie hépatique un énorme défect au niveau du foie droit, à sa partie inférieure.

INTERVENTION LE 14/7/70 : L.M.S.O. énorme kyste hydatique à la face inférieure du foie, situé sous le hile, refoulant la vésicule et le pédicule en haut et occupant les segments IV et V. Par ailleurs, il n'existe pas de signe d'hypertension portale, la rate est petite. Au niveau du petit bassin l'exploration ne révèle rien d'anormal. On décide de pratiquer une kystoduodénostomie étant donné la proximité du plancher du kyste avec le 2ème duodénum.
Dans un 1er temps, le kyste est ouvert, son contenu est aspiré; formolage et nouvelle vidange. Dans un 2ème temps : on dissèque la vésicule petite non lithiasique. On procède à une cholangiographie per opératoire qui montre l'intégrité des voies biliaires intra et extra hépatiques. Sur ces clichés il ne semble pas y avoir de communication entre le kyste et les voies biliaires. Dans un 3ème temps : on ouvre D2 au bord externe sur 3 cm environ et l'on pratique une anastomose kysto duodénale en 1 plan au fil de nylon 00.

SUITES OPERATOIRES : Suites simples à part une température à 38 ° pendant 8 jours. Le 16/10/70 elle est revue en bon état général, pas de douleur. T.G.D. baryte dans la poche kystique mais se vidant bien.

âgée de 40 ans, originaire de Bou-Saada, entrée au service le 2/6/70 pour une masse tumorale épigastrique apparue il y a 2 ans sans troubles importants. Il y a deux mois, un ictère franc avec prurit et accès de fièvre avec frissons, amaigrissement. Examen, état général précaire. Hépatomégalie à développement vertical, ferme, régulier, à bord tranchant atteignant la fosse iliaque droite. Splénomégalie de 2 travers de doigt, pas d'ascite, ni de circulation collatérale éosinophilie élevée à 4 %, positivité des tests inflammatoires hépatiques. Téléthorax : image en brioche de l'hémicoupole gauche. La scintigraphie montre une amputation du foie gauche empiétant sur le foie droit ; hypertrophie compensatrice du foie droit.

INTERVENTION LE 9/8/71 : Incision médiane sus ombilicale chez une femme ictérique. Il s'agit effectivement d'un gros kyste hydatique dont le point de départ semble dans le foie gauche mais qui a aussi envahi une partie du foie droit si bien que ce kyste hydatique est un kyste central occupant les segments II, III, IV et V et comprimant fortement la V.B.P. Ponction du kyste, retire un litre de liquide hydatique. Il existe un dôme saillant qui émerge au niveau de la face inférieure du foie gauche relativement assez près du pédicule hépatique, aussi l'on préfère chez cette femme fatiguée, ictérique, qui présente une grosse hypertrophie du foie droit mais un foie de stase et certainement scléreux (précirrhose), on préfère faire une kysto-duodénostomie plutôt qu'une hépatectomie gauche incomplète. Auparévant découverte du cystique et ligature d'une artère cystique antérieure. Les clichés peropératoires montrent l'ouverture large du kyste dans le canal hépatique gauche et l'intégrité de la voie biliaire principale qui semble plutôt avoir été comprimée par le kyste. Cholecystectomie, décollement duodénopancréatique assez large ce qui permet de rapprocher le duodénum de la partie du

kyste saillant. On pratique alors une kystoduodénostomie au liganil en un plan, l'anastomose mesure environ 2,5 cm. Biopsie du foie gauche, biopsie du foie près du kyste, biopsie du foie droit. A noter qu'il n'y a pas de splénomégalie ni de signe d'I.T.P. A noter enfin qu'il n'a pas été pratiqué d'iléoportographie per opératoire ni de prise de pression.

RESULTAT HISTOLOGIQUE : Foie perikystique. Parenchyme siège d'une sclérose infiltrée d'éléments inflammatoires lymphocytaires et dont il ne persiste plus que quelques travées hépatocytaires ainsi que des canalicules biliaires. Importants dépôts de pigments biliaires intra et extra hépatocytaires. Foie gauche et foie droit présentent un parenchyme siège d'une sclérose disséquante avec important infiltrat inflammatoire lymphocytaire, importante cholostase. En somme, aspect d'hépatite subaigue chronique sans signature étiologique avec cholostase.

SUITES OPERATOIRES : Un état subfébrile (38°5 - 58) pendant une dizaine de jours. Petite suppuration de la paroie. Regression de l'ictère. Le 7/7/70 : T.G.D. de contrôle : montre une visualisation de la partie kystique. Un cliché sans préparation 2 jours après montre que la poche se vide bien.
19/7/70 : la malade est sortie en bon état général. Revue le 23/9/71 et le 4/10/72 : très bon état général et local. Un T.G.D. de contrôle pratiqué montre la disparition totale de la poche kystique et un duodénum étiré vers le haut.

O B S E R V A T I O N N° 12 - DOSSIER 14/71 : Mme SEL..M..

âgée de 34 ans, originaire du Titteri. Entrée au service le 11/6/71 pour une masse tumorale de l'hypocondre droit apparue il y a 4 ans et augmentant progressivement. La malade aurait présenté deux épisodes d'ictère. L'étiologie ne soulève aucun doute, il s'agit d'un kyste hydatique. Casoni + La scintigraphie précise les données de l'examen clinique : le kyste semble occuper le lobe droit segment IV, V, VI et VII refoulant le lobe gauche sur les dernières côtes gauches. Le kyste ne semble pas s'extérioriser au niveau de la face inférieure, pas de signe d' H.T.P. Vésicule biliaire non lithiasique.

INTERVENTION LE 29/6/71 : Il existe un kyste flétri dans le Douglas. Un très gros kyste hydatique droit, refoulant le reste du foie gauche, se développant à partir des segments VI et VII, affleurant la face inférieure uniquement dans la partie du lit vésiculaire dans la région du collet. Dénudation d'une veine iléale : PP = 14 cm H_2O. Iléo portographie. Cholecystectomie après intubation du cystique et cholangiographie. Les deux examens montrent que le foie droit n'est pas entièrement détruit. Le kyste s'est développé à partir des segments VI et VII et a écartelé le lobe droit. Vidange du kyste après formolage et traitement au sérum salé 10 %. Le kyste contient 1.500 ML liquide eau de roche. Contrôle iléoporto et cholangio montrant le retour des éléments biliaires et veineux à leur place. On ouvre un passage laissant passer facilement le pouce. Mobilisation laborieuse du duodénum dont la séreuse a été endommagée. Repéritonisation. Anastomose en un plan au fil de lin entre la cavité restante et le duodénum.
Kystoduodénostimie. Résection du dôme saillant d'autres kystes dans le lobe gauche derrière le hile. Le kyste paravésical est resté en place car l'opération a duré 3 H30.

RESULTAT HISTOLOGIQUE : Le prélèvement hépatique montre des images de stéatose diffuse.

SUITES OPERATOIRES : Mauvaises. Vomissements bilieux, aspiration gastrique 4 L par jour pendant les deux premiers jours suspicion de stenose duodénal.
Réintervention : atrophie jaune de tout le foie. D.C.D. après la réintervention. La vérification post-mortem : une invagination rétrograde du duodénum vers l'antre.
On ne s'explique pas l'état du foie car veine porte et l'artère hépatique sont normales ainsi que les voies biliaires.
Peut-on expliquer cette invagination par la trop abondante mobilisation duodénale et l'aspiration gastrique prolongée ?
Le foie est-il simplement anoxique ou existe-t-il des lésions vasculaires ?
2e résultat du prélèvement hépatique montre : congestion hépatique, congestion des sinusoïdes, nécrose centrolobiliaire et une turgescence des cellules de Küpfer.

O B S E R V A T I O N N° 13 - DOSSIER 15/71 : Mme K...Z...

âgée de 40 ans, originaire du Titteri, hospitalisée dans le service le 21/6/71 pour une masse tumorale de l'hypocondre droit à début progressif, marqué par une douleur sourde de l'hypocondre droit avec parfois des accès de fièvre avec frissons et prurit. Examen : bon état général. Foie refoulé en bas par deux masses tumorales remittentes situées entre les dernières fausses côtes et l'ombilic. Rate palpable. Pas d'ascite ni de circulation collatérale. Téléthorax : image en brioche de l'hémicoupole droite Scintigraphie : de face montre un foie augmenté de volume et amputé par de grosses lacunes suggérant deux K.H.F.

INTERVENTION LE 30/6/71 : L.M.S.O. il existe :
Un gros kyste hydatique de la rate - kyste hydatique du foie gauche - 3 kystes hydatiques du foie droit (schéma).
Le kyste postérieur prenant les segments V et VI, s'extériorise au niveau de la région hilaire à la face inférieure du foie. En raison d'un kyste du dôme du foie droit, on préfère s'agrandir en Rio Branco droit ; ce faisant, on découvre deux kystes hydatiques de 3 cm de diamètre qu'on énuclée, on prend la pression portale : 18 cm H 20. On pratique une première iléoportographie qui montre une veine-porte dont le trajet semble raccourci, refoulé à droite par le kyste du segment V et du segment VI ; la distribution se fait uniquement à gauche, il ne semble pas exister de veine porte droite. On dissèque le trépied et on procède à une première cholangiographie per opératoire. La Voie biliaire principale est libre, le passage en bas s'effectue normalement, l'arborisation biliaire à droite est très pauvre, l'essentiel de cette arborisation biliaire existe à gauche et semble être tributaire du canal hépatique gauche.

Dans un premier temps on procède à une splénectomie ; Dans un deuxième temps on traite le kyste hydatique du lobe gauche qui contient 150 cc de liquide eau de roche et qui paraît superficiel. On traite le kyste du dôme en le communiquant avec le kyste du segment V et VI pour lequel on pratique une kysto-duodénostomie. Les autres kystes du segment IV et du lobe gauche sont traités par la résection du dôme saillant. Cholecystomie rétrograde, une 2ème mesure de la pression portale de 11 cm H_2O.

RESULTAT HISTOLOGIQUE : Un parenchyme hépatique présente une architecture normal, de discrets infiltrants inflammatoires, une dilatation des sinusoïdes, congestion. Un autre fragment montre une fibrose périportale réactionnelle.

SUITES OPERATOIRES : Malade subfébrile pendant quelques jours. 28/7/71: T.G.D. de contrôle, pas de communication entre le duodénum et kyste, la poche kystique s'est comblée. Image aérique au niveau du kyste.
Le 1/10/71 : malade revue en bon état général et local. Le T.G.D. du 4/10/72 montre une disparition de la poche kystique.

O B S E R V A T I O N N° 14 - DOSSIER 17/71 : l'enfant N..H.. âgé de 11 ans, originaire des Oasis, hospitalisé dans le service le 16/7/71 pour une masse tumorale de l'hypocondre droit et du flanc droit évoluant depuis deux ans à bas bruit et sans aucun trouble. Examen : bon état général. Subictère conjonctival, masse tumorale globulaire, rénittente, élastique, indolore, solidaire du foie. La nature hydatique est confirmée par l'artériographie qui permet ainsi que la scintigraphie, de noter la présence d'une masse avasculaire centrale ayant littéralement dissocié les foie gauche et droit, avec hypertrophie compensatrice du foie droit et écartement des vaisseaux. Splénoportographie : pas de signe d'H.T.P.

INTERVENTION LE 3/8/71 : L.M.S.O. Il s'agit effectivement d'un très gros K.H.F. la ponction retire plus de 2 L d'un liquide légèrement teinté de bile. Au préalable, une S P T par ponction splénique a été faite. Elle permet de confirmer les données pré-opératoires et de noter l'horizontalisation de la veine-porte. Il n'y a pas de signe d'H.T.P. radiologique, la pression splénique n'a pas été prise. Le kyste occupe les segments I, IV, V, VI et la partie antérieure du segment VII. Le foie droit est complètement refoulé à droite, il est globuleux et angiomateux. Le foie gauche est strictement normal. La rate est légèrement augmentée de volume. Il s'agit en somme d'un kyste hydatique de topographie centrale, s'extériorisant surtout en avant mais aussi au niveau de la face inférieure des segments IV et V adhérent à la vésicule biliaire et extériorisant une partie de son pôle inférieur au niveau du pédicule hépatique, celui-ci est d'aspect normal, il ne semble pas être comprimé par le kyste. Un léger décollement duodéno-pancréatique permet de montrer qu'il est possible de pratiquer une kystoduodénoanastomose.

Auparavant cholécystectomie d'une vésicule d'aspect sain. Contrôle radiologique des voies biliaires (normal). Kysto-duodénostomie réalisée en 1 plan au fil de lin après duodénotomie longitudinale qui mesure environ 3 cm. Fermeture pariétale sur un drain sous-hépatique. ATB. Sonde gastro duodénale.

SUITES OPERATOIRES : Très simples, un état subfébrile qui a duré 5 jours environ.
Sorti le 18/8/71 en excellent état général et local. A revoir dans un mois pour un T.GD de contrôle. Revu le 4/11/72 : bon état général.

O B S E R V A T I O N N° 15 - DOSSIER 22/71 : Mme BOU..K...

âgée de 20 ans, originaire de Sétif, hospitalisée dans le service le 9/8/71 pour hépatomégalie tumorale évoluant depuis 2 ans accompagnée d'une douleur sourde de l'hypocondre droit, sans vomissement, ni trouble du transit. Examen : très bon état général. L'hypocondre droit déformé par une masse kystique, rémittente, indolore, développée au niveau de la face inférieure du foie. Le reste de l'examen est normal. (Casoni + P.E. 3%). La scintigraphie montre foie et rate augmentés de volume. Le foie est amputé par une masse non fixante.

INTERVENTION LE 24/8/71 :L.M.S.O. Il existe effectivement un énorme kyste hydatique du foie droit développé à sa face inférieure et se projetant en avant, laissant une mince lamelle de parenchyme antérieur et supérieur. Foie contractant de nombreuses adhérences serrées avec le diaphragme et la paroi antérieure qu'on libère avec difficulté. Par ailleurs, la face inférieure du kyste adhère intimement avec le duodénum et semble sur le point de se fistuliser. Une rate légèrement augmentée de volume et de nombreuses adénopathies mésentériques. Iléo portographie première donne P.P à 25 cm eau. Ponction, vidange du kyste : 1 L de liquide eau de roche. Cette ponction est faite en un point déclive avec l'arrière pensée de l'utiliser par la suite pour une kystoduodénostomie. Cholangio per opératoire : V.B.P. normales pas de fistule bibiokystique. Cholecystectomie. Léger décollement duodéno pancréatique. Libération de tout D_1 et génus supérus. Anastomose kysto duodénale avec une bouche de 3,5 cm environ en un plan. Suspension au diaphragme de la paroi supérieure du kyste qui avait tendance à se collaber après vidange. Biopsie hépatique. Prise de pression portale en fin d'intervention : 7 cm. Au total donc K.H.F. + hypertension portale + kysto duodénostomie + Cholecystectomie.

RESULTAT HISTOLOGIQUE : Le prélèvement a intéressé un parenchyme hépatique présentant une dilatation des sinusoïdes, des infiltrats inflammatoires banaux. Il y a inflammation réactionnelle.

SUITES OPERATOIRES : très simples. La malade est sortie en excellent état général le 16/9/71. Le 15/9/71 un T.G.D. de contrôle montre poche kystique se vidant bien.

O B S E R V A T I O N N° 16 - DOSSIER 11/72 : Mme MES...F...

âgée de 35 ans, originaire de Sétif, admise dans le service le 20/4/72 pour une lithiase vésiculaire. Casoni est fortement positif. L'examen montre en plus d'une vésicule palpable et légèrement tendue, une tuméfaction paravésiculaire gauche. La cholecystographie montre une vésicule refoulée vers le bas, contenant deux gros calculs mobiles. La scintigraphie montre lacune importante du foie droit et une hypertrophie du foie gauche.

INTERVENTION LE 8/5/72 : Il existe un kyste hydatique du foie droit, occupant les segments V, VI affleurant la face inférieure du foie et le lit vésiculaire, faisant saillir en avant la vésicule. Le foie gauche est le siège d'une hypertrophie compensatrice. 1er temps : Cholecystectomie après cholangio per-opératoire qui montre des voies biliaires intra hépatiques étirées et écartelées mais sans communication kystobiliaires.

2e temps : la ponction du kyste ramène 350 cc de liquide eau de roche et de nombreuses vésicules filles extraites après formolage de la cavité kystique. Vidange complète du kyste, étant donné la topographie du kyste qui affleure le lit vésiculaire. On pratique une dérivation kystodigestive, kystoduodénostomie en 2 plans.

3e temps : nouvelle cholangio de contrôle.Les voies biliaires intra hépatiques sont moins étirées, pas de fistule biliokystique. Bon passage duodénal. Fermeture de la kystotomie. Ligature du moignon cystique. Drain sous hépatique. A.T.B. Fermeture de la paroi plan par plan.

SUITES OPERATOIRES : Une crise de eype angiocholite. Deux clochers thermiques 38°5 pendant une durée d'une semaine. Bon

état général et local. T.G.D. de contrôle 15/9/72 montre une [illegible] de la poche kystique et duodénum étiré vers le haut. Sortante en très bon état général et à revoir. Revue le 4/10/72. Bon état général et local, enceinte de 4 mois, un nouveau T.G.D. de contrôle après son accouchement.

O B S E R V A T I O N N° 17 - DOSSIER 12/72 . Mme TAB...F..

âgée de 47 ans, originaire de Tiaret, mère de 5 enfants, habitant Tiaret, admise pour hépatomégalie douloureuse à surface lisse étendue à l'hypocondre gauche avec subictère et prurit. Téléthorax montre une ascension de l'hémicoupole diaphragmatique droite. La scintigraphie montre une importante lacune au niveau du foie droit paraissant centrale avec hypertrophie compensatrice du foie gauche. Cavographie montre veines iliaques primitives de calibre normal, veine cave inférieure de calibre normal. Arrêt du produit de contraste au niveau de la veine renale gauche. Image de compression cave totale à la hauteur de cette même veine. Au total, image de compression cave au niveau de L2. Indication d'une kystoduodénostomie.

INTERVENTION LE 16/5/72 : Il s'agit d'un énorme kyste hydatique ayant presque complètement envahi le foie droit, seule la partie inférieure hypertrophiée existe, refoulée vers le bas, le foie gauche est indemne et est le siège d'une hypertrophie compensatrice. Légère splénomégalie, mais pas de signe patent d'hypertension portale. Cependant, une splénoportographie per opératoire révèle une amputation de la veine porte au niveau de son origine. Ce kyste peut être considéré comme un kyste pédiculaire, il occupe en effet les segments IV, V et VI dans leur totalité. Il englobe la vésicule et sa pédicule et comprime le pédicule hépatique dans sa partie haute. Le reste de l'examen abdominal est négatif. Préparation du champ opératoire. Ponction de 2 L d'un liquide bilieux. Il existe 4 larges orifices biliaires qui sont suturés au lin. Auparavant par l'un de ces orifices, introduction d'une sonde et radiographie des voies biliaires, celles-ci sont dilatées, comprimées mais libres. La position du kyste lui fait affleurer le duodénum.

Léger décollement duodéno-pancréatique, résection d'une petite partie de la calotte saillante, suture de la paroi kystique laissant une tranche de 3 cm environ que l'on anastomose au duodénum après duodénotomie. Cette kystoduodénostomie paraît étanche, la sonde gastro duodénale est introduite dans la poche kystique. Fermeture pariétale sur un drain sous hépatique.

SUITES OPERATOIRES : très simples, un clocher thermique de 38°5 de quelques jours puis amélioration de l' E.G.
9/6/72 T.G.D. de contrôle montre un discret reflux baryté dans la poche kystique, passage duodénal correct.

O B S E R V A T I O N N° 18 - DOSSIER 8/71 : Enfant S.K. âgée de 9 ans, originaire de Koléa, adressée dans le service le 21/12/70 pour H.T.P. Début de sa maladie remonte à deux ans environ. Il y a trois mois, apparition d'un nouvel épisode ictérique avec un tableau oedémato ascitique. A l'examen : signe d' H.T.P. Une hépatomégalie de trois travers de doigts à bord tranchant. Splénomégalie de consistance dure type III, pas de syndrome hemorragique. La scintigraphie montre une amputation du foie gauche. Le T.G.D. avec transit oesophagien montre un refoulement de l'estomac en avant et à gauche. Abaissement pyloro duodénal. Absence des varices oesophagiennes. S.P.T. : gros reflux coronaire stomachique, branche gauche de la veine porte non opacifiée, pression splénique est de 47 cm. H_2O

INTERVENTION LE 25/2/71 :- L.M.S.O. L'exploration montre une splénomégalie assez modérée, un foie gauche totalement atrophié, un foie droit cirrhotique avec gros nodules. A côté et à gauche de la vésicule une formation verdâtre que l'on prend d'abord pour une dilatation congénitale du cholédoque. La pression iléale bloquée est à 36 mm Hg et la pression portale à 35 T.A. = 12. L'iléoportographie confirme la S.P.T. et montre la non perméabilité de la branche gauche. L'injection de la formation kystique ne montre pas d'arbre biliaire et il semble qu'il y ait quelque chose à l'intérieur du kyste. Après cholecystectomie on ouvre le kyste et constate qu'il s'agit d'un K.H. ouvert dans les voies biliaires. Après évacuation on décide de pratiquer une kystoduodénostomie en deux plans Celle-ci est effectuée aisément. La prise de pression ne montre pas de différence significative (30, 29, TA = 9). Biopsie hépatique, biopsie d'un ganglion probablement tuberculeux,

drain sous hépatique, fermeture paroi par plans.
A noter : on ne peut dans ce même temps opératoire envisager une intervention à visée curatrice de l'H.T.P. La veine porte se trouve derrière le kyste. La veine splénique paraît petite et vu la durée de l'intervention il est hors de question de faire une splenectomie avec anastomose splenorenale.

RESULTAT HISTOLOGIQUE : Le fragment de parenchyme hépatique examiné est le siège d'une cirrhose évolutive annulaire et disséquante de caractère post-nécrotique probable. Ganglion image d'adénite tuberculeuse fibro-caséeuse.
En somme, chez cette enfant se pose le problème de cette H.T.P. :

1°) H.T.P. "essentielle" sur laquelle se sont greffés un K.H.F. et des adénopathies tuberculeuses ?

2°) H.T.P. par compression du tronc portal par le kyste ou H.T.P. par cirrhose hydatique ?

3°) H.T.P. par compression d'un ganglion tuberculeux du tronc spléno portal ?
Il semble qu'après lecture itérative des clichés radiologiques de la scintigraphie et du compte-rendu opératoire, il faille retenir le diagnostic d' H.T.P. par cirrhose hydatique, de pronostic sombre

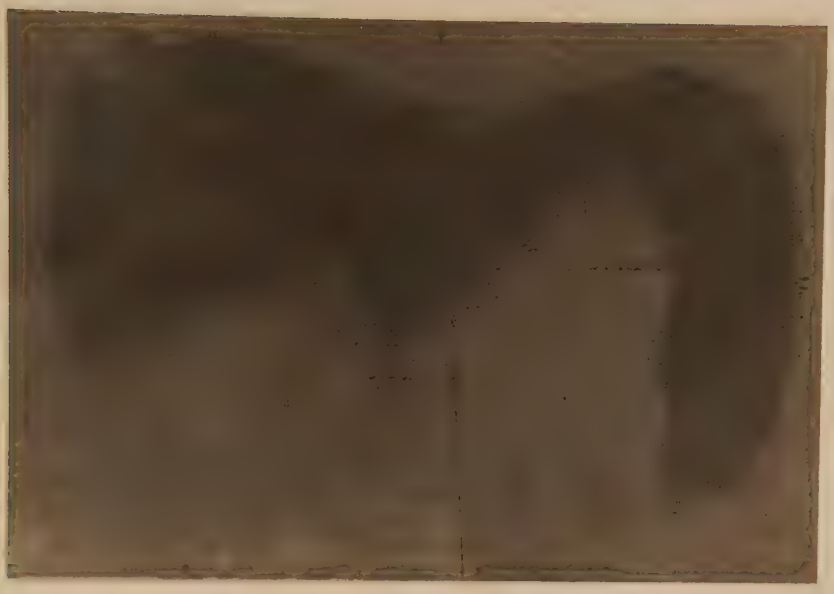
SUITES OPERATOIRES : simples. Apparition d'une hyperthermie de 38°5 pendant 6 jours. Sortante le 15/3/71 en bon état général ; elle est adressée dans le service de pédiatrie qui l'a confiée à la pneumo-phtisiologie pour le traitement de ses adénopathies tuberculeuses mésentériques.

O B S E R V A T I O N N° 19 - DOSSIER 25/72 : Melle DJ...Y..

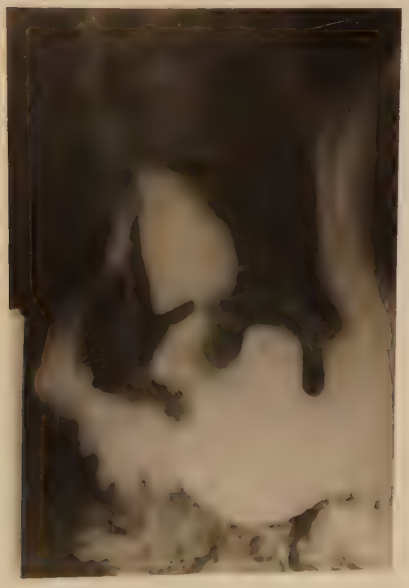
âgée de 19 ans, hospitalisée dans le service le 9/11/72 pour une masse kystique sous costale droite. A l'examen : bon état général, hépatomégalie de 3 travers de doigt (oesinophilie à 10 %) et à la scintigraphie une image lacunaire de la face inférieure du foie. T.G.D. :image de compression extrinsèque de la région pyloroduodénale ainsi que de la grande courbure de l'estomac.

INTERVENTION LE 28/11/72 : L.M.S.O. il existe un kyste hydatique du volume d'un cantaloup para vésiculaire occupant la majeure partie du segment V et affleure la face inférieure du foie. Il ne paraît ouvert dans la vésicule ni dans les voies biliaires. Le reste du foie est normal les étages sus et sous mésocoliques sont normaux. Cholecystectomie après contrôle radiologique. La ponction du kyste retire un liquide clair et de nombreuses vésicules filles. Le kyste affleurant la face inférieure du foie,aussi on termine l'intervention par une kystoduodénostomie selon la technique habituelle. Fermeture pariétale sur un drain sous hépatique.

SUITES OPERATOIRES : très simples, des clochers thermiques à 38° ont apparu dès le 6ème jour et ont disparu au bout de quelques jours. Le 13/12/72, la malade est sortie en bon état général. Un T.G.D. fait le 9/2/73 montre la disparition de la poche kystique avec étirement du duodénum vers le haut. Revue le 17/5/73 en excellent état général, elle a grossi de 5 Kg.



Scintig. de face : gros défect au niveau de la face inférieure du foie.



T.G.D. de contrôle 3 mois après l'intervention montre la disparition de la poche kystique avec étirement du duodénum vers le haut.

O B S E R V A T I O N N° 20 - DOSSIER 29/72 : Mme SAH..S..

âgée de 23 ans originaire de Sétif, admise dans le service le 26/10/72 pour une hépatomégalie globale qui dépasse le rebord costal de 3 T.D.D, avec un syndrome douloureux type biliaire. Dans ses antécédents on note, fièvre et frissons avec subictère. A l'examen il s'agit d'une hépatomégalie isolée sans signe d' H.T.P. ni signe cardio vasculaire. L'abdomen sans préparation montre un liserai calcique régulier, arrondi dans l'aire hépatique. Surélévation globale de toute l'hémicoupole droite. La cholecystographie montre une vésicule et des voies biliaires normales.

INTERVENTION LE 15/11/72 : L.M.S.O. complétée par Rio Branco montre un foie hypertrophié avec un gros kyste sous tension occupant presque tout le foie droit adhérent au diaphragme et à la veine cave inférieure. Libération des adhérences inférieures du kyste, décollement à minima du bloc duodéno-pancréatique de façon à amener plus facilement le bas fond kystique en contact avec le génus supérieur. Cholécystectomie et radiologie de la V B P pour repérer le niveau d' implantation papillaire (celle-ci est à mi hauteur de D_2) après protection du champ. Traitement du kyste par trocardisation, vidange (1 L5) de liquide clair, formolage, nettoyage de la face interne du périkyste à la compresse formolée. Résection en quartier d'orange intéressant la berge postérieure de la kystotomie afin d'avoir une ouverture béante. Suture (après incision duodénale de 3 cm environ). Kysto-duodénale en 2 plans postérieurs et plan antérieur. Ligature du cystique, fermeture de la paroi sur drain sous hépatique.

SUITES OPERATOIRES : Epanchement pleural de la base droite qui disparaît au 10e jour. La malade est sorti le 22/12/72 en excellent état général. Revue le 2/2/73 en parfait état général. Un T.G.D. de contrôle fait le 17/5/73 montre la disparition de la poche kystique.

O B S E R V A T I O N N° 21 - DOSSIER 3/73 : ROU.. Y...

malade âgée de 16 ans, originaire de Sour-el-Ghoslane, hospitalisée dans le service le 26/12/72 pour une hépatomégalie avec des antécédents douloureux type biliaires depuis un an. A l'examen, on note une hépatomégalie lisse, peu douloureuse. (Casoni + P.E 3%). Le T.G.D. montre un estomac refoulé vers le bas et l'urographie montre une image de compression.

INTERVENTION LE 4/1/73 : L.M.S.O. Il existe effectivement un énorme kyste hydatique occupant le segment V, VI et VII faisant saillie au bord inférieur du foie droit, adhérent à l' angle colique droit, à D 2 et à la veine-cave inférieure, refoulant la vésicule en haut et en dedans et comprimant légèrement le canal hépatique gauche. Le 1er temps : une cholecystectomie après une cholangiographie per opératoire qui montre l'intégrité des voies biliaires ; 2ème temps : ponction, vidange, formolage du kyste (1,5 L) de liquide eau de roche. Etant donné la topographie de ce kyste au niveau de la face inférieure du foie et développement postérieur on décide de pratiquer la kystoduodénostomie en 1 plan, au fil de soie.

SUITES OPERATOIRES : Simples, mis à part un état fébrile à 38°5 dès le 8ème jour. Le 19/1/73 la malade est sortie en bon état général. Le 4/6/73, un T.G.D. de contrôle montre la disparition de toute poche kystique et un léger accrochage du duodénum.

C O N C L U S I O N S

CONCLUSIONS :

Dans ce travail est exposée une technique de traitement des cavités résiduelles des K.H.F. Il s'agit d'une technique de dérivation interne inspirée de la kysto-jéjunostomie prônée par GOINARD et Collaborateurs : c'est *L'anastomose kysto duodénale*. Avant d'aborder la description de la technique, ses avantages et ses inconvénients ainsi que ses indications, nous avons cru bon d'analyser les lésions anatomiques rencontrées et de faire un rappel des autres techniques chirurgicales utilisées dans le service du Professeur MANSOURI.

Cette analyse basée sur 427 cas de K.H. opérés tend à montrer que les malades que nous avons l'occasion de traiter sont des malades fatigués et dénutris, présentant des K.H. volumineux, souvent infectés, souvent multiples, de topographie réputée dangereuse. Il s'agit en somme dans une grosse majorité de cas de K.H. qu'on peut qualifier de "compliqués". C'est en étudiant les résultats du traitement de ces kystes sur le plan de la mortalité ainsi que sur le plan de la morbidité que l'on est arrivé à poser les indications de l'anastomose kystoduodénale.

Cette tedhnique nous est apparue séduisante par sa facilité d'exécution ; elle a, sur la kystojéjunostomie, l'avantage de raccourcir l'intervention. Elle draine parfaitement bien les grosses cavités résiduelles, diminuant ainsi les risques de suppurations post-opératoires et par là, le délai moyen d'hospitalisation. Sa seule condition d'exécution réside en l'existence d'un kyste affleurant partiellement à la face inférieure du foie.

Nous avons ainsi été amenés à opérer 21 malades par cette technique. Mis à part 2 malades, tous les autres ont eu des suites opératoires simples et un délai d'hospitalisation relativement court ; Leurs résultats éloignés sont excellents. La comparaison de même série de malades présentant les mêmes lésions et opérés par d'autres techniques prouve que la Kystoduodénostomie peut être considérée comme un progrès dans le traitement de ces volumineuses cavités résiduelles de topographie difficile. Aussi, nous semble-t-il légitime d'introduire cette méthode dans l'arsenal thérapeutique des K.H.F. Cependant, notre série de 21 cas est encore trop courte pour pouvoir émettre un jugement définitif sur cette technique de drainage.

-=-=-=-=-

B I B L I O G R A P H I E

- B I B L I O G R A P H I E - (1)

R. BOURGEON, GUNTZ
Le K.H.F.
Rev.Praticien, XI, I, 1961

R. BOURGEON, H. PEITRI, H. CATALANO et M. GUNTZ
Mise au point du traitement du K.H.F.
Af. Fr. Chir., N° 1959

R. BOURGEON, H. CATALANO, M. GUNTZ, J. MONIEL
Les lésions biliaires extrahépatiques au cours du K.H.F.
Constatations anatomo-cliniques. Déductions thérapeutiques.
Ann. Chir. 15, n° 13-14, Juin 1961

R. BOURGEON, J.P. PANTIN, M. GUNTZ
Le retentissement du K.H.F. sur les V.B. extra hépatiques.
Af. Fr. Chir. T. XVI, NOV. DEC. n° 6

R. BOURGEON, H. PIETRI
Les cholérragies consécutives aux interventions pour K.H.F.
J. Chir. T.69 n°5, Mai 1953

R. BOURGEON, J. MONIEL et M. GUNTZ
La cirrhose hydatique. Physiopathologie. Thérapeutique
Ann. Chir. 1966 vol.20, n° 3-4 p 20.6.215

R. BOURGEON, H. PIETRI, M. GUNTZ et J. VIDEAU
Les indications de la kystectomie et de la marsupialisation
dans le traitement des K.H.F.
Af. Fr. Chir. T. XV, Mai-Juin n° 3

C. BOULARD, SUDUCAL, B. THALAMAS et PREXINOS T.
K.H.F. Diagnostic par artériographie sélective
Presse Med. 27 Mars 1968, 76 n° 15

D. BURLUI, M. COUDIESCO et G. MANIESCO.

Anastomose directe kysto-gastrique et kysto duodénale dans le traitement du K.H.F.
Lyon Chirurgical, T. 64 n° 2 Mars-Avril 1968 P. 220

J.BREHANT, P. BERNADAC, J.P. MEUNIER, J. MONTAGNIER, G. DJILLALI H. MANSOURI, M. LEUTENEGGER, ILLOUL

Bilan scintillographique et splénoportographique des conséquences hépatiques de l'agression hydatique.
IIèmes journées médicales maghrebines ALGER 1966

BLESA R.L.- *Kysto-jéjunostomie, Traitement des kystes H.F.*
Arch. Fac.Med. Madrid, Juin 1966, 2, n° 6, 420-424

CHOPLAIN J.Les compressions de la V.C.I. par les K.H.F.
Thèse BORDEAUX 1957.

COUINAUD C.Le traitement du K.H.F. - Entretiens Bichat (Ther.)
1964, 97-98

COUINAUD C.Le traitement du K.H.F. -Vie méd. (spécialité).
Fév. 1968,49 259-270

CHIRICUTZA L.- MANOLUI - FURNICA C. et ROSNER D.

Sur quelques problèmes du K.H. valeur de la kystectomie partielle et de l'épiplooplastie intracavitaire.
Acta. Chir. Belg. Janvier 1957.
N° 1, 50-61 - 5 Fig.

DEMIRLEAU - M. NOUREDDINE - M. LOUVIER

Une mise au point au sujet des kystes multivésiculaires du foie.
Mem. Acad. Chir. T. 92, n°6 - 7, 1966

DEMIRLEAU J.-

Considérations sur le traitement chirurgical des K.H.F.
Rev. Med. Chir. des Mal. foie, Décem.1966, 41, n° 6

DAOUD Kamel - Contribution à l'étude des K.H.F. associés à la lithiase biliaire
Thèse ALGER 1967

H. FERHAT, A. BERINGER, M. SLAMIA, H. BENSALEM, Z. ESSAFI

Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hydatidose hépatique.
IIème journées médicales maghrebines ALGER 1966

GOINARD, J. PEGULLO et G. PELISSIER

La kysto-jéjunostomie pour certains kystes hydatiques du foie
Mém. Acad. Chir. 1960, 86, n° 10 et II, 297 - 299

GOINARD, J. PEGULLO et G. PELISSIER

La kysto jéjunostomie en Y pour certains kystes H.F.
Mém. Acad. Chir. T.84, n° 20-21, 1958

GOINARD P., J. PEGULLO et G. PELISSIER

Sur la sténose oddienne consécutive à l'ouverture du K.H.F. aux V.B. déductions opératoires
Mem. Acad. Chir. T. 84, n° 20-21, 1953

GOINARD P. J. PEGULLO et G. PELISSIER

K.H.F. rompu dans les V.B. et oddite sténosante.
Afr. Fr. Chir. T. XVI, n°4, Juillet-Août.

GOINARD P., J. PEGULLO, G. PELISSIER

Le K.H. Thérapeutique chirurgicale
Masson 1960.

GOINARD P.

Les thérapeutiques chirurgicales (des K.H.F.)
Cahiers Med. LYON, 20 Avril 1967, 43, n° II

GOINARD P. et G. PELISSIER

Traitement des cavités suppurées centro hépatiques
Med. Acad. Chir. 87, n° 28-29, 1961

GRIMOUD M. et COLL.

K.H.F. avec fistule biliaire. A propos de 6 Observ.
J. Med. BORDEAUX, Oct. 1967, 144, n° 10

P. GUEDJ, S. GAIROARD, F. MORREN, J. BOGAERT

Le traitement chirurgical actuel du kyste hydatique du foie et ses principales complications J.C. - 93 - 191/217 2 - 1967 Le kyste H.F. - IIème journées médicales maghrebines ALGER 1966 - BRUCKER Editeur.

P. GUEDJ, GAIROARD J., MAVAN F. et BOGAEST J.

Le traitement chirurgical actuel du K.H.F. et de ses principales complications à propos d'une statistique de 600 Kystes opérés.
Journées Chir. Février 1967, 93, n° 2
IIème journées médicales maghrébines ALGER 1966

). GRINFELD

La valeur de la splénoportographie dans le diagnostic du K.H.F.
Prensa Med. Argent., 6 Sept. 1968, 55, N° 28

UILLEMIN G., BRAILLON G., DUBOIS J.

L'hepatectomie dans le traitement de l'hydatidose hépatique
Cahiers Med. Lyon, 20 Avril 1967, 43, n°11

AMIDOU B., S. KANDIL

Les K .H.F. en Oranie
IIème journées médicales maghrebines ALGER 1966

ADJIAT N.

Contribution à l'étude du pronostic de l'hydatidose hépatique
Thèse ALGER 1970

HERNANDEZ C.

L'angiographie du K.H. hépatique
Cahiers Med. Lyon, 20 Avril 1967, 43,n° II

KOURIAS B.

Comp. Principales des K.H.F. leur thérapeutique actuelle
J. Chir. Juillet-Août 1967, T.94, n° I-2

KOURIAS B. et MANTONAKIS S.

K.H.F. rompus dans les V.B. règles thérapeutiques actuelles
J. Chir. Juillet-Août 1968, T.96, n° I-2

LEVASSEUR M. (Mme)

La valeur de la kysto-jéjunostomie pour kyste hydatique. A propos d'un cas de volumineux kyste hydatique postéro-supérieur du lobe droit du foie, traité par cette méthode. Thèse Paris, n°460, 30 pages.

LEVASSEUR M., LEVASSEUR J.C. et COUINAUD C.

Sur un échec de la kysto-jéjunostomie dans le traitement d'un volumineux kyste hydatique du foie. Ann. Chir. (Suppl. Sem. Hôp. Paris), Oct.1963, 17, n°19-20, C. 1263- C.1267.

LIARAS H.

Le traitement du K.H.F.
Rev. Lyon Med. 1966, 15, 9-15

LAGROT F. et P. CORIAT

Traitement des K.H.F. par la R.D.S.
Mf. Fran. Chir. T.16, n°4, 1958

LAGROT F., CORIAT P., J. CRECO

Notre attitude vis-à-vis des K.H. centraux du foie et des kystes en communication avec les V.B.
Cahiers. Med. Lyon 20 Avril 1967, 43, n°II

MOUEL Jean

Les rapports des K.H.F. avec les V.B.
Thèse ALGER 1961

M.A. MERIOUA, L.J ANDRE, S. ZERDANI, DAHMANE, N. HADJIAT, D. YAKER

Les formes cliniques du K.H.F.
IIèmes journées médicales maghrebines ALGER 1966

MARTELLA M. ROSTAGNO R. SALVIDEA J., GARRIZ R. et CARIDE V.

Angiographie et scintigraphie de l'hydatidose hépatique
Prensa Med. Argent. 6 Sept.1968, 55 n° 28

MONTEZIN J.

Reflexions sur la tactique opératoire des K.H.F.
Thèse Paris 1955

MANSOURI H. R. BENABADJI, N.HADJIAT et A. OUCHERIF

La kysto-duodénostomie dans le traitement de certaines formes de K.H.F.
Ann. Alg. Chir. T.III, n°I, 1969

MANSOURI H., AS BENDALI, R. BENABADJI et A. SEROPIAN

Les K.H. de la convexité postérieure du foie
Problèmes diagnostiques et thérapeutiques
Lyon Chir. T. 63, n° 2 Mars 1967

MANNONI O.H., FERRER O.M. et PINEDA A.F.

K.H.F. d'accès difficile. Artifice de la technique.
Prensa Med. Argent. 6 Sept. 1968, 55, n° 28

PEGULLO J.L.

IV - Thérapeutique chirurgicale des kystes hydatiques du foie. Rev. Méd. Chir. Mal. Foie, Juin 1960,35, N°3,159-163

PEGULO J.

La kysto-jéjunostomie pour kystes hydatiques du foie, in "Le kyste hydatique du foie". Journées lyonnaises d'hydatidologie, 1966, - Simep, édit. Lyon, 1967, 139-140

PEGULLO J.

La kysto-jéjunostomie dans le traitement du kyste hydatique

du foie. Cahiers Méd. Lyon, 20 av.1967, 43,n°II,1036-1039.

PEGULLO J. et PELISSIER G.

Kysto-jéjunostomie pour kyste hydatique sous-diaphragmatique du foie.
Afr. Franç. Chir. Oct. Nov. Déc. 1959, 17, n°4, 199

PEGULLO J. et PELISSIER G.

La kysto-jéjunostomie dans le traitement de certains kystes hydatiques du foie. Afrique Franç. Chir. Oct. Nov. Déc. 1959, 17, n° 4, 210-212.

PEGULLO J. et PELISSIER G.

Place de la kysto-jéjunostomie dans le traitement du kyste hydatique du foie. Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris), Mai 1960, 14 n° 9-10, 577-580, 4 fig.

PRIGENT Michel

De l'hypertrophie et atrophie du foie dans l'echinococcose hépatique
Thèse ALGER 1954

POLIARD P., BRAILLON G., ALARY R. et VACHON A.

H.T.P. et compression de la veine cave par K.H.F.
A propos d'une observation avec atrophie du lobe droit
Arch. Mal. App. Dig. Juin 1965, 54 N° 6

PINET F. et COLL.

Sémeiologie angiographique des K.H.F. confrontation avec les données de la scintigraphie.
Cahiers Med. Lyon, 20 Avril 1967, 43 n° II

PELISSIER G.

La place de la sphinctérotomie dans le traitement des K.H.F.
Cahiers Med. Lyon, 20 Avril 1967, 43, n° 11

RIVES J.

A propos de la périkystectomie dans le traitement des K.H. compliqués du foie.
Mem. Acad. Chir. 87, n° 28-29, 1961

SEROR J; J. RIVES, CI. AZOULAY, P. PLANE

Obstruction cholédocienne par vésicule hydatique révélée par l'exploration systématique des V.B. Intérêt de la R.M.N. dans les K.H.F. à contenu biliaires. Excellent résultat d'une cholédocotomie idéale.
Af; Fr. Chir. T. XVI, Juillet- Août n° 4

SEROR J. B. MENTOURI, A. LEHTIHET, G. DJILALI, HAMLADJI, TIMSIT, TAI et QUINTIN

Kystes hydatiques et voies biliaires
IIème journées médicales maghrébines ALGER 1966

SEROR J., B. MENTOURI, H. ISSAAD, M. BEN BELKACEM

Hydato-péritoine
Ann. Alg. Chir. T. n° 2, 1967

SEROR J., B. MENTOURI, H. ISSAAD, T. KLOUCHE, AIT MESBAH, et N. HADJIAT

K.H.F. et pancréatite
Bull. et Mem Soc. Med. Paris Journées Médicales Algéro-Françaises, 22-23 Février 1968.

SEROR J., B. MENTOURI, P. ROCHE, T. KLOUCHE

A propos de fausses images radiologiques des K.H.F.
Ann. Alg. Chir. T. I, n° 2, 1967

SEROR J., B. MENTOURI, R. STOPPA, T. KLOUCHE, P. ROCHE et H. ISSAAD

Notre expérience du traitement des K.H.F.
IIème journées médicales maghrebines ALGER 1966

SALLE B. et COLL.

K.H.F. chez un enfant à type d' H.T.P.
Lyon Med. 3 Juillet 1966, 98, n° 27

SAYAG J.

La R.D.S. de l'adventice dans le traitement des K.H.F.
Thèse ALGER 1958

TORDJMANN G., A.S. BENDALI, R. BENABADJI, M. SEKKIK et H. MANSOURI

Statistiques de K.H.F.
Lyon Chir., T. 62, n°3, Mai 1966

VIDEAU et J.M. DUMONT

A propos de 2 observations de K.H.F. rompus dans l'estomac.
Bordeaux Chir. Janvier 1965, n° I, 24-26.

-=-

(1) Les titres en italique correspondent aux travaux concernant les les anastomoses kysto digestives dans le traitement des K.H.F.